

Universidade de Brasília (UnB)
Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade (FACE)
Departamento de Ciências Contábeis e Atuariais (CCA)
Bacharelado em Ciências Contábeis

Daniel Barbosa Nunes

PERFIL DAS DESPESAS COM BENEFÍCIOS DE AUXÍLIO-DOENÇA
PREVIDENCIÁRIO CONCEDIDOS PELO RGPS

Brasília, DF

2014

Professor Doutor Ivan Marques de Toledo

Reitor da Universidade de Brasília

Professor Doutor Roberto de Goés Ellery Júnior

Diretor da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade

Professor Mestre Wagner Rodrigues dos Santos

Chefe do Departamento de Ciências Contábeis

Professora Mestre Rosane Maria Pio da Silva

Coordenadora de Graduação do curso de Ciências Contábeis – diurno

Professor Doutor Bruno Vinícius Ramos Fernandes

Coordenador de Graduação do curso de Ciências Contábeis - noturno

Daniel Barbosa Nunes

PERFIL DAS DESPESAS COM BENEFÍCIOS DE AUXÍLIO-DOENÇA
PREVIDENCIÁRIO CONCEDIDOS PELO RGPS

Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia) apresentado ao Departamento de Ciências Contábeis e Atuariais da Universidade de Brasília, como requisito parcial à conclusão da disciplina Pesquisa em Ciências Contábeis e consequente obtenção do grau de Bacharel em Ciências Contábeis.

Orientadora: Prof. Dra. Diana Vaz de Lima

Brasília

2014

NUNES, Daniel Barbosa

Perfil das despesas com benefícios de auxílio-doença previdenciário concedidos pelo RGPS/ Daniel Barbosa Nunes – Brasília, 2014.
59 f.

Orientador: Prof. Dra. Diana Vaz de Lima

Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia - Graduação) – Universidade de Brasília, 1º Semestre letivo de 2014.
Bibliografia.

1. Auxílio-DoençaPrevidenciário2. Despesas3. RGPS

I. Departamento de Ciências Contábeis e Atuariais da Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade da Universidade de Brasília.
II. Título.

CDD –

Daniel Barbosa Nunes

PERFIL DAS DESPESAS COM BENEFÍCIOS DE AUXÍLIO-DOENÇA
PREVIDENCIÁRIO CONCEDIDOS PELO RGPS

Trabalho de Conclusão de Curso
(Monografia) apresentado ao Departamento
de Ciências Contábeis e Atuariais da
Universidade de Brasília, como requisito
parcial à conclusão da disciplina Pesquisa
em Ciências Contábeis e consequente
obtenção do grau de Bacharel em Ciências
Contábeis.

Prof. Dra. Diana Vaz de Lima
Professora - Orientadora

Prof. Dra. Marília Miranda Forte Gomes
Professora - Examinadora

Brasília, DF

2014

AGRADECIMENTOS

“Como é difícil escrever!”, exclamou Dostoievski no seu *Diário de um Escritor*. Essa é a sensação quando agora tento transpor em palavras o reconhecimento pela contribuição das várias pessoas incríveis que me guiaram, ao seu modo, para que eu chegasse até aqui.

Por este trabalho agradeço aos meus pais, Amilton e Marisete, que mesmo distantes do vernáculo bacharelista e da grã-finagem doutorada, sempre souberam priorizar minha educação. E que embora constantes nas minhas escolhas de vida, sempre me deram liberdade para ser, querer e pensar como me parecia mais conveniente (a despeito de todo um mimetismo identitário indispensável aos *outsiders* sociais).

Aos meus tios, Irineu e Irailde, que me receberam de braços abertos em casa e fizeram-se a intervenção keynesiana que me ajustou ao mundo onde o sucesso não é apenas uma saga individual. Serei eternamente grato a vocês por tudo que fizeram.

À minha orientadora, Diana Vaz de Lima, minha catequizadora em assuntos de Contabilidade Pública e a quem devo muito da minha paixão pelas contas do Governo. Agradeço ainda aos meus professores Jorge Madeira Nogueira, Maria Amélia Biagio e Ricardo Wahrendorff Caldas, por terem marcado toda a minha graduação como exemplos de profissionalismo, respeito e dedicação ao ensino.

Aos meus amigos e colegas de graduação, que de cada início a cada final de semestre desses quatro anos, compartilharam comigo as alegrias e desesperos típicos da vida universitária. E aqui não poderia deixar de destacar a convivência especial desde o primeiro dia universitário com Anna Paula Vieira, Daniel Duarte, Marília Morais e Natália Barbosa. Também aos meus amigos Fabrício Abreu e Diêgo Candeia, por me ouvirem e aconselharem sempre que precisei.

Por fim, agradeço então à Universidade de Brasília. Aqui compreendida em sua dimensão conceitual, física e humana. Sou grato à UnB por ter me proporcionado a experiência socioantropológica mais rica de toda a minha vida. Por ter me ensinado a respeitar ainda mais as diferenças, a conviver com a diversidade, e a entender um pouco melhor a complexidade humana. Conviver em um ambiente ideologicamente ceifado por um espectro que vai desde os ingênuos admiradores das barbas de Marx aos inconsequentes idólatras do livre e desregulado mercado, gente dividida entre a vodca e a Coca-Cola, teve lá suas vantagens.

A todos, anônimos ou consagrados, meu sincero obrigado!

DEDICATÓRIA

À minha mãe Marisete, por ter acreditado nos meus impossíveis.

À minha tia Irailde, por ter me ajudado a fazê-los realidade.

EPÍGRAFE

Somewhere, something incredible is waiting to be known.

Carl Sagan

When you are studying any matter, or considering any philosophy, ask yourself only: what are the facts, and what is the truth that the facts bear out. Never let yourself be diverted, either by what you wish to believe, or by what you think would have beneficent social effects if it were believed. But look only, and solely, at what are the facts.

Bertrand Russell

My belief is that every good cause is worth some inefficiency.

Paul Samuelson

PERFIL DAS DESPESAS COM BENEFÍCIOS DE AUXÍLIO-DOENÇA PREVIDENCIÁRIO CONCEDIDOS PELO RGPS

RESUMO

O presente trabalho tem como objetivo caracterizar o perfil das despesas de benefícios de auxílio-doença previdenciário concedidos pelo RGPS brasileiro a trabalhadores de clientela urbana e rural. Para tratar a questão da pesquisa, foram coletados dados relativos ao volume de despesas e número de beneficiários na base de dados AEPS Infologo, segregando a análise por grandes regiões, unidades federativas, sexo, faixas de idade e grupos de CID-10, variáveis consideradas em períodos distintos de acordo com os registros fornecidos. A justificativa para a pesquisa está na constatação de aumento das concessões com essa rubrica e o crescimento persistente de seu impacto sobre as despesas previdenciárias com benefícios concedidos ao longo dos anos. Os resultados mostram um aumento repentino no total das despesas de clientela urbana em 2002, uma participação recorde das despesas com benefícios de auxílio-doença previdenciários sobre o valor total das despesas do RGPS com concessões em 2006, e, ainda, um volume máximo de recursos pagos em 2012. Do conjunto das cinco regiões para a clientela urbana, entre 1997 e 2012, todas mantiveram valores de auxílio-doença *per capita* superiores ao salário mínimo, ao passo que a clientela rural tendeu a acompanhá-lo. Houve maior predominância de despesas entre o público masculino entre 2003 e 2012, sendo seu valor *per capita* também superior ao recebido pelo sexo feminino. Em relação às faixas de idade, as maiores concentrações de valores foram identificadas em beneficiários entre 40 e 49 anos de idade, tanto de sexo masculino quanto feminino. Em relação às categorias diagnósticas que mais geraram concessão de auxílio-doença em 2012 para o sexo masculino, encontram-se a *Fratura da perna, incluindo tornozelo*, para aqueles de clientela urbana, e a *Hérnia Inguinal*, para beneficiários de clientela rural. Já para o sexo feminino, a causa clínica que mais consumiu recursos no ano de 2012, tanto para clientela urbana como para a clientela rural, foi a de *Leiomioma do Útero*.

Palavras-Chave: Auxílio-Doença Previdenciário; Despesas; RGPS.

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 Variação das despesas com auxílio-doença urbano concedidos entre 1997 e 2012

Tabela 02 Variação das despesas com auxílio-doença rural concedidos entre 1997 e 2012

Tabela 03 Participação das Grandes Regiões e Unidades Federativas sobre o total de gastos com auxílio-doença urbano concedido entre 1997 e 2012

Tabela 04 Participação das Grandes Regiões e Unidades Federativas sobre o total de gastos com auxílio-doença rural concedido entre 1997 e 2012

Tabela 05 Evolução das despesas *per capita* com auxílio-doença urbano, 1997 a 2012

Tabela 06 Evolução das despesas *per capita* com auxílio-doença rural, 1997 a 2012

Tabela 07 Despesa com auxílio-doença concedido ao sexo masculino em 2012

Tabela 08 Despesa com auxílio-doença concedido ao sexo feminino em 2012

Tabela 09 Categorias clínicas mais comuns no sexo masculino em 2012

Tabela 10 Categorias clínicas mais comuns no sexo feminino em 2012

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Evolução anual das despesas com auxílio-doença urbano concedido entre 1997 e 2012

Gráfico 2 Evolução anual das despesas com auxílio-doença rural concedido entre 1997 e 2012

Gráfico 3 Variação anual das despesas com auxílio-doença urbano concedido entre 1997 e 2012

Gráfico 4 Variação das despesas com auxílio-doença urbano concedido por grandes regiões entre 2001 e 2002

Gráfico 5 Variação das despesas com auxílio-doença urbano concedido por UF entre 2001 e 2002

Gráfico 6 Variação anual das despesas com auxílio-doença rural concedido entre 1997 e 2012

Gráfico 7 Variação das despesas com auxílio-doença rural concedido por Grandes Regiões entre 2001 e 2002

Gráfico 8 Variação das despesas com auxílio-doença urbano concedido por UF entre 2001 e 2002

Gráfico 9 Evolução das despesas com auxílio-doença urbano e rural concedido em 1997 e 2006

Gráfico 10 Cobertura Previdenciária no Brasil

Gráfico 11 Evolução do emprego formal em abril de cada ano – 2003 a 2011 (CAGED)

Gráfico 12 Participação das despesas com auxílio-doença urbano concedido sobre o total de despesas com benefícios urbanos concedidos pelo RGPS, 1997 a 2012

Gráfico 13 Participação das despesas com auxílio-doença rural concedido sobre o total de despesas com benefícios rurais concedidos pelo RGPS, 1997 a 2012

Gráfico 14 Despesas com auxílio-doença urbano concedido por sexo no período de 2003 a 2012

Gráfico 15 Despesas com auxílio-doença rural concedido por sexo no período de 2009 a 2012

Gráfico 16 Distribuição *per capita* das despesas com auxílio-doença urbano concedido por sexo no período de 2003 a 2012

Gráfico 17 Distribuição *per capita* das despesas com auxílio-doença rural concedido por sexo no período de 2009 a 2012

Gráfico 18 Variação anual das despesas com auxílio-doença urbano concedido por sexo entre 2003 e 2012

Gráfico 19 Variação anual das despesas com auxílio-doença rural concedido por sexo entre 2003 e 2012

Gráfico 20 Auxílio-doença urbano concedido ao sexo masculino por faixas de idade em 2003 e 2011

Gráfico 21 Auxílio-doença urbano concedido ao sexo feminino por faixas de idade em 2003 e 2011

Gráfico 22 Variação das despesas com auxílio-doença urbano concedido por sexo e grupos de idade entre 2003 e 2011

Gráfico 23 Concentração de despesas com auxílio-doença urbano concedido para os grupos de idade de até 19 anos por sexo e faixas de idade em 2003 e 2011

Gráfico 24 Concentração das despesas com auxílio-doença urbano concedido por sexo e grupos de idade em 2011

Gráfico 25 Despesas com auxílio-doença urbano e rural mais comuns para o público masculino entre 2008 e 2012

Gráfico 26 Despesas com auxílio-doença urbano e rural mais comuns para o público feminino entre 2008 e 2012

Gráfico 27 Variação das despesas com auxílio-doença urbano por sexo e CID-10 entre 2008 e 2012

Gráfico 28 Variação das despesas com auxílio-doença rural por sexo e CID-10 entre 2008 e 2012

Gráfico 29 Variação das despesas de auxílio-doença urbano com a rubrica de *causas externas de morbidade e de mortalidade* por sexo entre 2008 e 2012

Gráfico 30 Variação das despesas de auxílio-doença urbano e rural com a rubrica de *lesões* entre 2008 e 2012

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
2 REFERENCIAL TEÓRICO E NORMATIVO	2
3 METODOLOGIA	7
4 ANÁLISE DE RESULTADOS	8
4.1 Distribuição Regional do Benefício de Auxílio-Doença Previdenciário e sua Clientela	8
4.2 Implicações da Variável Sexo na Concessão de Auxílio-Doença Previdenciário	23
4.3 Distribuição do Auxílio-Doença por Grupos de Idade	26
4.4 Perfil das Despesas com Auxílio-Doença segundo Sexo, Clientela e Classificação Internacional de Doenças – CID-10	30
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	40

1 INTRODUÇÃO

Uma das questões mais complexas em termos de planejamento atualmente enfrentada pelo Estado Brasileiro, refere-se à necessidade de estabilização entre receitas e dispêndios previdenciários. Matéria ainda não solucionada pelas reformas promovidas nos governos Fernando Henrique Cardoso, em 1998, ou Lula, em 2003, conforme Giambiagi (2007) e Fishlow (2011).

Nas últimas décadas, a Previdência Social pública brasileira vem apresentando déficits sucessivos. Desde 1995 ao presente momento, a relação entre despesas vem ultrapassando o conjunto de receitas e deteriorando o processo de financiamento do Regime Geral de Previdência Social (RGPS) brasileiro. Cenário que tende a se agravar ainda mais pelo impacto da dinâmica demográfica nas contas previdenciárias e consequente comprometimento do processo de solidariedade intergeracional e sustentabilidade do Sistema (LIMA, 2013).

De acordo com a Secretaria de Políticas de Previdência Social (SPPS), apenas no ano de 2013 o RGPS registrou um déficit de R\$ 51,3 bilhões, corrigido pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC), representando aumento de 14,8% em relação ao ano de 2012. Ainda em 2013, as despesas registradas alcançaram o valor de R\$ 365 bilhões, em valores corrigidos pelo INPC, equivalendo a 7,5% do PIB do mesmo ano. Um percentual expressivo quando comparado aos 2,5% que representava quando foi sancionada a Constituição Federal de 1988 (GIAMBIAGI et al., 2007).

Em meio a esse cenário, e a todos os benefícios que integram o RGPS, uma rubrica vem se sobressaindo ao longo dos anos devido ao seu impacto no aumento do déficit da Previdência Social. Segundo dados do Anuário Estatístico da Previdência Social – AEPS Infologo (MPS, 2012), o benefício de auxílio-doença previdenciário, concedido em casos de incapacidade temporária para o trabalho, representou em 2012 cerca de 43% dos quase cinco milhões de benefícios concedidos no ano, e foi ainda responsável por 45,8% dos valores com o montante de concessões.

Entendendo o direito à segurança em casos de doença ou invalidez enquanto Direito Fundamental, em consonância com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, e considerando que a evolução dos gastos com o auxílio-doença previdenciário pode comprometer ainda mais as contas previdenciárias, o presente estudo traz a seguinte questão de pesquisa: *qual o perfil das concessões de benefício de auxílio-doença previdenciário e seus impactos sobre o RGPS?*

Nesse sentido, o presente estudo tem como objetivo caracterizar o perfil das despesas com benefícios de auxílio-doença previdenciário concedidos pelo RGPS brasileiro. Para tanto, o estudo norteia-se por uma análise da evolução das despesas com concessão do benefício de auxílio-doença previdenciário, doravante auxílio-doença, para as clientela urbana e rural, envolvendo as variáveis grandes regiões, unidades da federação, sexo (masculino e feminino) e grupos de idade, CID, tendo como base as informações disponibilizadas na base de dados AEPS InfoLogo¹.

Além desta introdução, o presente estudo é estruturado em cinco capítulos. No capítulo 2, são apresentados os fundamentos teóricos e normativos que respaldam o trabalho. O capítulo 3 abrange os aspectos metodológicos da pesquisa. Na sequência, no capítulo 4, é apresentada a análise de resultados. No capítulo 5 são apresentadas as considerações finais e, por fim, as referências utilizadas. Ressalta-se que este trabalho tem sua gênese no Laboratório de População e Desenvolvimento do Núcleo de Estudos Urbanos e Regionais (LPD/NEUR/CEAM), especificamente no Grupo de Estudos Previdenciários, estando também relacionado ao Projeto de Iniciação Científica (PIBIC), aí desenvolvido.

Por fim, vale lembrar que todo o fenômeno aqui descrito e estudado trata-se de uma questão econômico-financeira, na medida em que sua concessão implica em custos tanto para empresas quanto governos. É ainda uma questão política, enquanto atividade programada e executada por agentes públicos dentro de uma esfera política do governo. Também é uma questão demográfica, visto que as características populacionais e sua dinâmica afetam diretamente o sistema previdenciário (LIMA, 2013). Trata-se de uma questão social, pois contribui para a redução dos níveis de pobreza e intensifica a redistribuição de renda, como indica Caetano (2008) e Bosch et al (2013). E por fim, trata-se de uma questão de saúde pública que requer cuidado e atenção, tanto pelo alcance de suas consequências sociais, quanto pela extensão de suas implicações financeiras.

2 REFERENCIAL TEÓRICO E NORMATIVO

Originário na Alemanha do século XIX, sob a chancelaria de Otto von Bismarck, o auxílio-doença é atualmente caracterizado no Brasil como prestação por incapacidade

¹ Ferramenta disponibilizada pelo Ministério da Previdência Social para consulta a dados históricos do Anuário Estatístico da Previdência Social, disponível em <http://www3.dataprev.gov.br/infologo/>.

temporária para o trabalho (MARTINS, 2009). De forma elementar, trata-se de um benefício² de risco, ou não programado, disponível aos segurados do RGPS e cuja previsão encontra-se constitucionalizada na atual redação do inc. I do art. 201 da Constituição Federal de 1988.

Já caracterizado como seguro-doença ou auxílio-enfermidade, conforme redação da Consolidação das Leis Trabalhistas-CLT³, o auxílio-doença é hoje a nomenclatura comumente usada para designar tanto as rubricas de auxílio-doença acidentário (B91) quanto auxílio-doença previdenciário (B31).

No Brasil, a denominação desse tipo de benefício como sendo de auxílio-doença é motivo de contestação. O Projeto de Lei nº 2.700/2007, ao destacar que a concessão do benefício está vinculada à incapacidade laborativa temporária e não à doença propriamente dita, já sugeriu que se alterasse a denominação de *auxílio-doença* para *auxílio-incapacidade*. Já o Projeto de Lei do Senado nº 411/2013, sugere uma mudança de denominação para *auxílio por incapacidade laborativa*, alegando possível carga de estigma, afastamento ou repulsa decorrente do termo doença.

As duas espécies de benefício, tanto a acidentária quanto a previdenciária, enquadram-se na categoria de auxílio financeiro de prestação continuada, juntamente aos auxílios acidente e reclusão, salário-maternidade e salário-família. E distinguem-se primariamente pela guarda (acidentário) ou não (previdenciário) de nexos causais entre o trabalho ou atividade habitual desempenhada pelo beneficiário e a doença ou acidente incorrido (IBRAHIM, 2010).

O reconhecimento do nexo causal supracitado determina-se por três técnicas distintas, apresentadas na Instrução Normativa INSS/PRES nº 31, de 10 de setembro de 2008. São elas, o Nexo Técnico Profissional ou do Trabalho; o Nexo Técnico por Doença Equiparada a Acidente de Trabalho ou Individual; e o Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário – NTEP, instituído pela Previdência Social por meio da Lei nº 11.430/06 e usado pela perícia médica do INSS a partir de abril de 2007 (TEIXEIRA, 2011).

Para usufruto da categoria previdenciária de auxílio-doença deverá o trabalhador estar em condição de segurado, estado em que o indivíduo está coberto pelo sistema

² Compreende-se por benefício, programável ou não, toda e qualquer prestação pecuniária assegurada pelo plano de benefícios aos seus participantes e respectivos beneficiários, na forma e condições estabelecidas no regulamento. Enquadram-se na categoria de risco os benefícios cuja concessão dependerá da ocorrência de eventos não previsíveis, como nas situações de aposentadoria por invalidez, auxílios acidente, doença e reclusão ou pensão por morte.

³ Termos apresentados no art. 476 do Decreto nº 5.452 de 01 de maio de 1943.

previdenciário, fazendo jus aos benefícios por este oferecidos (MPS, 2012). Tal qualidade se perde caso o trabalhador deixe de contribuir por mais de um ano, conforme art. 15 da Lei 8.213/1991, prazo que se estende por mais um ano para aqueles com mais de 120 contribuições pagas sem perder a qualidade de segurado. Ainda como requisito para a percepção do benefício deverá o trabalhador, quando necessário, ter cumprido período de carência equivalente a doze contribuições mensais⁴. Por fim, em consonância com a Lei 8.213/1991, art. 59, bem como o Decreto 3.048/99, art. 71, deverá o segurado estar incapaz de exercer suas atividades laborativas por prazo superior a 15 dias consecutivos⁵ por motivo de doença.

Destaca-se não ser a doença *per se* o risco a ser coberto, mas a incapacidade para o trabalho ou atividade habitual do segurado, sendo ela o *sinequa non* para a aquisição do benefício. Segundo Nota Informativa do MPS⁶, a incapacidade laborativa decorre da impossibilidade de desempenho das funções específicas de uma atividade ou ocupação, em consequência de alterações morfofisiológicas provocadas por doença ou acidente.

Vale ressaltar que na hipótese de a enfermidade causadora da incapacidade acometer o trabalhador antes da filiação ao RGPS, ele não poderá invocá-la como motivo para tornar-se beneficiário, a menos que a doença tenha progredido ou se agravado⁷ após a filiação.

Quanto ao período de carência, não se submeterá a ele o segurado filiado ao RGPS acometido por doença ou afecção especificada em lista elaborada pelos órgãos competentes a cada três anos⁸. Dentre elas enquadram-se: a) tuberculose ativa; b) hanseníase; c) alienação mental; d) neoplasia maligna; e) cegueira; f) paralisia irreversível e incapacitante; g) cardiopatia grave; h) doença de Parkinson; i) espondiloartrose anquilosante; j) nefropatia grave; l) estado avançado da doença de Paget (osteíte deformante); m) Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - AIDS; n) contaminação por radiação com base em conclusão da medicina especializada; e o) hepatopatia grave.

⁴ Conforme art. 25 da Lei nº 8.213 de 24 de julho de 1991; art. 29, I do Decreto nº 3.048 de 06 de maio de 1999; e art. 146, I; da Instrução Normativa INSS/PRES nº 45, de 06 de agosto de 2010.

⁵ Prazo estipulado no art. 274 da Instrução Normativa INSS/PRES nº 45, de 06 de agosto de 2010.

⁶ Nota sob o título *Tempo Estimado para Recuperação da Capacidade Funcional Baseado em Evidências*, disponível em http://www.previdencia.gov.br/arquivos/office/3_120409-095138-079.pdf.

⁷ Conforme art. 274 da Instrução Normativa INSS/PRES nº 45, de 06 de agosto de 2010.

⁸ Conforme prevê o art. 26, II da Lei nº 8.213 de 24 de julho de 1991. Será também isento o filiado ao RGPS acometido por pelo menos uma das doenças ou afecções elencadas no art. 152, III da Instrução Normativa INSS/PRES nº 45, de 06 de agosto de 2010.

Nocaso dos trabalhadores empregados, a estipulação de um lapso temporal superior a 15 dias de incapacidade para a concessão de auxílio-doença é compreendida à luz do risco social. A observância desse requisito pelo legislador objetiva a viabilidade da gestão do sistema, reduzindo tanto as perícias médicas quanto os gastos de operacionalização do sistema (IBRAHIM, 2010). Vale ressaltar que o trabalhador não fica em situação de desamparo, uma vez que durante o ínterim que vai do início da incapacidade ao seu 16º dia, cabe à empresa o abono de faltas bem como o pagamento do salário ao segurado⁹.

Em síntese, são três os requisitos gerais para o recebimento do benefício auxílio-doença: a qualidade de segurado; o cumprimento do período de carência; e a incapacidade temporária para o trabalho ou atividade habitual por mais de 15 dias consecutivos.

Também estará a empresa obrigada a pagar os primeiros 15 dias de afastamento quando um novo benefício for concedido após 60 dias do término do anterior, independente se oriundo da mesma doença ou não. Na hipótese de um novo benefício antes de 60 dias oriundo da mesma doença, não há essa obrigação por parte da empresa, tendo o trabalhador seu benefício prorrogado. E também antes dos 60 dias, num cenário onde o novo benefício origine de doença diversa da anterior.

O momento de pagamento do benefício se dará a partir do 16º dia de inaptidão para os trabalhadores que mantenham relação de emprego, excetuando o doméstico. Nessa ocasião, o trabalhador passa a ter seu contrato de trabalho suspenso e a empresa fica desobrigada a contar o tempo de serviço, pagar salários ou recolher o FGTS, e ele passar a ser considerado como licenciado. No caso dos demais segurados - empregado doméstico, trabalhador avulso, contribuinte individual, segurado especial e segurado facultativo - terão direito ao benefício desde a data de início da incapacidade e enquanto a mesma permanecer¹⁰, desde que o solicitem até 30 (trinta) dias.

Vale frisar que para todas as categorias de segurados, o benefício torna-se devido apenas quando a incapacidade ultrapassar os 15 dias. Para as requisições do benefício feitas após 30 dias do afastamento da atividade, o pagamento do benefício passa a ser devido desde a data de entrada do requerimento, independentemente do tipo de segurado (IBRAHIM, 2010). Caso este exerça mais de uma atividade e torne-se definitivamente incapaz para apenas uma delas, deverá o auxílio-doença ser mantido

⁹ Conforme prevê o art. 75 do Decreto nº 3.048 de 06 de maio de 1999.

¹⁰ Conforme art. 60 da Lei nº 8.213 de 24 de julho de 1991.

indefinidamente, não cabendo sua transformação em aposentadoria por invalidez, enquanto essa incapacidade não se estender às demais atividades

Como o auxílio-doença trata-se de um benefício temporário, cabe ao INSS a estipulação de um prazo na sua concessão que se entenda suficiente para a recuperação da capacidade de trabalho do segurado¹¹. Tal procedimento é realizado mediante avaliação médico-pericial fundamentada em elementos clínicos e pautada na *expertisedo* perito, dispensando a realização de uma nova perícia médica ao final do prazo de concessão do benefício¹².

O mecanismo supracitado é conhecido oficialmente como Data de Cessação do Benefício – DCB, antiga Cobertura Previdenciária Estimada – COPES, e popularmente denominado *data certa* ou *alta programada*. Legalmente, pode ser identificado como um procedimento administrativo de prefixação de datas instituído em 2006, a despeito da sua adoção administrativa desde agosto de 2005. E que impede, segundo o MPS (2008), a manutenção desnecessária de benefícios.

Ainda para fins de cessação do auxílio-doença, o segurado tem findado o recebimento do seu benefício nas situações de recuperação da sua capacidade para o trabalho¹³; pela conversão do auxílio-doença em aposentadoria por invalidez ou auxílio-acidente¹⁴; concessão de aposentadoria de qualquer tipo; pelo retorno ao trabalho sem perícia médica prévia; ou falecimento.

O fato de o segurado tornar-se insuscetível de reestabelecer sua aptidão ao trabalho que exercia, não configura razão suficiente para a aposentadoria por invalidez. Nesse caso ele poderá ser reabilitado a exercer nova atividade que seja compatível com a limitação adquirida. Para todos os segurados, a perícia institucional é um ato de caráter periódico e compulsório¹⁵, sob pena de suspensão do benefício. O que pode ainda ocorrer pelo não comparecimento a tratamentos e processo de reabilitação profissional via Previdência, excetuando-se os tratamentos cirúrgicos e transfusões de sangue¹⁶.

Segundo o disposto na Instrução Normativa da Previdência Social nº 45, de 06 de agosto de 2010, o auxílio-doença será calculado, enquanto renda mensal inicial,

¹¹ Conforme art. 277 da Instrução Normativa INSS/PRES nº 45, de 06 de agosto de 2010.

¹² Conforme Decreto nº 5.844 de 13 de julho de 2006.

¹³ Caso o segurado exerça mais de uma atividade abrangida pelo RGPS, será considerada, para todos os efeitos, a atividade para o qual ele tenha se tornado incapaz, como prevê o art. 184, §1º da Instrução Normativa INSS/PRES nº 45, de 06 de agosto de 2010.

¹⁴ Art. 78 do Decreto nº 3.048 de 06 de maio de 1999.

¹⁵ Como disposto no art. 77 do Decreto nº 3.048 de 06 de maio de 1999.

¹⁶ Conforme art. 286 da Instrução Normativa INSS/PRES nº 45, de 06 de agosto de 2010.

aplicando-se o percentual de 91% sobre o salário de benefício (art. 185), sem o fator previdenciário. Este consiste na média aritmética simples dos 80% maiores salários-de-contribuição de todo o período contributivo (art. 29), corrigidos mês a mês. No caso do salário-de-contribuição, sua definição varia conforme o tipo de beneficiário.

O valor final da renda mensal do trabalhador varia entre um salário mínimo e o limite máximo do salário-de-contribuição na data de início do benefício. Lembrando que na hipótese de o segurado exercer mais de uma atividade remunerada sujeita ao RGPS e se incapacitar para alguma delas, o auxílio-doença devido poderá ser inferior a um salário mínimo, desde que somado às demais remunerações recebidas resultar em valor superior a este¹⁷.

3 METODOLOGIA

O estudo proposto caracteriza-se como um trabalho exploratório e está sustentado pela análise dos benefícios de auxílio-doença concedidos, conforme os registros presentes na base de dados AEPS Infologo, ferramenta disponibilizada pelo Ministério da Previdência Social para consulta a dados históricos do Anuário Estatístico da Previdência Social.

Segundo informações disponíveis no site do Ministério da Previdência Social, os benefícios previdenciários concedidos são aqueles cujo requerimento – apresentado pelo segurado ou seus dependentes junto à Previdência Social – é analisado e deferido, desde que o requerente preencha todos os requisitos necessários à espécie do benefício solicitado, e liberado para pagamento. Ou seja, a concessão corresponde ao fluxo de entrada de novos benefícios no sistema previdenciário.

Ao considerar o estudo das despesas com o auxílio-doença, foi realizada uma análise em torno das variáveis grandes regiões; unidades da federação; sexo (masculino e feminino); grupos de idade; CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª revisão); e clientela (urbana e rural).

Para os resultados tanto de grandes regiões quanto de unidades da federação, optou-se pela série temporal de 1997 a 2012, uma vez que até julho de 1996 as informações referentes a Roraima e Amapá estarem incluídas, respectivamente, em Amazonas e Pará, bem como inexistirem registros de auxílio-doença para o ano de 2013.

¹⁷ Disposição do art. 73 do Decreto nº 3.048 de 06 de maio de 1999.

Quanto à série histórica utilizada para todas as outras variáveis, foi realizada coleta e análise de todos os períodos que foram disponibilizados. Em relação à divisão entre sexos masculino e feminino, utilizou-se as clientela urbana e rural, limitadas temporalmente pelos anos de 2003 a 2012 para clientela urbana, e de 2009 a 2012 para a rural. Para os grupos de idade, a clientela urbana foi a única com registros disponíveis, variando temporalmente de 2003 a 2011. Já para os resultados sustentados na CID-10, analisou-se as despesas de clientela urbana e rural para os períodos de 2008 a 2012.

Em relação às faixas de idade, os valores registrados para os anos expressam a idade em anos completos, calculada em relação ao dia 30 de setembro de cada ano, que é o período de referência da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio – PNAD. Beneficiários que não declararam a idade foram reunidos no grupo *Ignorada*.

Para as clientela, identificadas no estudo nas categorias urbana e rural, a definição empregada gira em torno da forma de filiação à Previdência Social e de acordo com a natureza da atividade desenvolvida pelo segurado.

Com o intuito de se manter um padrão comparativo entre os valores monetários, dando maior consistência aos resultados, realizou-se o deflacionamento das despesas com benefícios concedidos de auxílio-doença previdenciário pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor (INPC), com o uso do índice médio anual e usando como base o mês de dezembro do último ano de cada série.

Registra-se que antes de 2006 os benefícios do RGPS eram corrigidos anualmente segundo índice estipulado por atos legais (Leis ou Medidas Provisórias), sendo hoje oficialmente atualizados pelo INPC (MPS, 2012). Este é um índice calculado pela Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e mede o custo de vida das famílias com vencimento entre 1 e 5 salários mínimos. A estrutura do índice é composta por nove grupos, alimentação e bebidas; habitação; artigos de residência; vestuário; transporte; saúde e cuidados pessoais; despesas pessoais; educação, leitura e papelaria; e comunicação.

4 ANÁLISE DE RESULTADOS

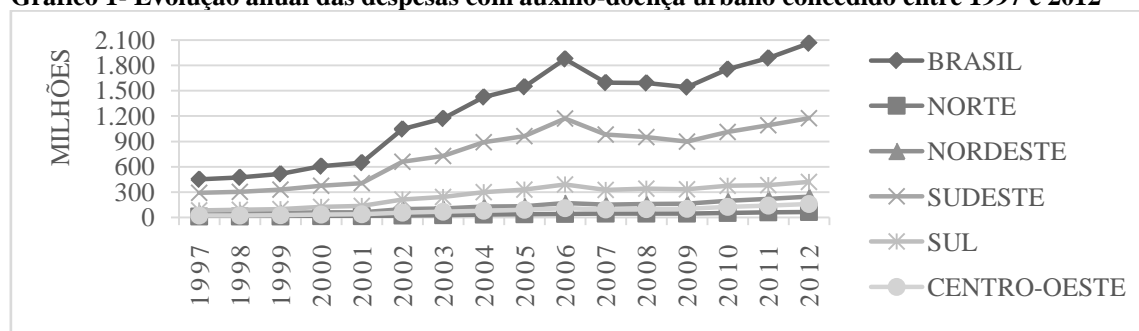
4.1 Distribuição Regional do Benefício de Auxílio-Doença Previdenciário e sua Clientela

As informações coletadas na base de dados InfoLogo, relativas à distribuição regional com a concessão do benefício de auxílio-doença, abrangem tanto as grandes

regiões quanto as unidades da federação (UF), apresentadas por clientela urbana e rural ao longo do período de 1997 a 2012. Apesar de o registro dos dados para todas as UF iniciar no ano de 1996, a sua não inclusão na série histórica deve-se ao fato de que até julho do mesmo ano as informações referentes a Roraima e Amapá estarem incluídas, respectivamente, em Amazonas e Pará, conforme destacado nas observações da própria base de dados.

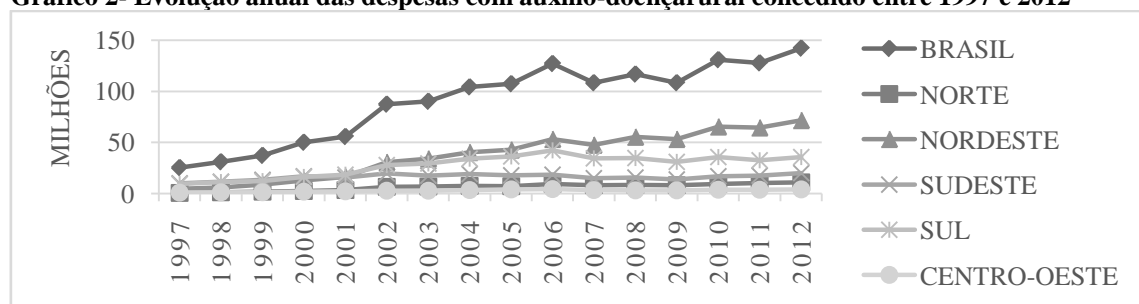
Iniciada a análise em 1997, é possível identificar até 2012 pelo menos quatro momentos de destaque na concessão de despesas de auxílio-doença distribuídas geograficamente dentre as clientelas urbana e rural: i) o aumento repentino no total das despesas em 2002; ii) o alcance de um volume recorde a partir do qual há redução de gastos, em 2006; iii) novo crescimento para a clientela rural já em 2008 e para a clientela urbana em 2010; e iv) o desembolso recorde no último ano de análise, 2012 (Gráfico 1 e Gráfico 2).

Gráfico 1- Evolução anual das despesas com auxílio-doença urbano concedido entre 1997 e 2012



Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do AEPS Infologo

Gráfico 2- Evolução anual das despesas com auxílio-doença rural concedido entre 1997 e 2012

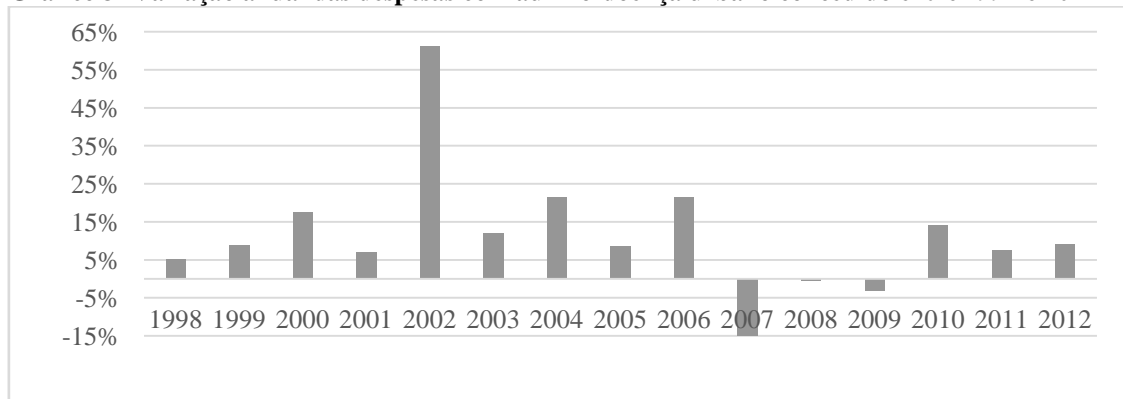


Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do AEPS Infologo

De 1997 a 2006, o montante de despesas com auxílio-doença concedido ao meio urbano e rural passou por um crescimento expressivo e ininterrupto no Brasil. Após o benefício de clientela urbana atingir uma elevação máxima de 17,5%, ocorrida em 2000, o aumento das despesas com essa clientela sofreu um processo de expansão repentino no

ano de 2002, dando fim a um padrão de crescimento mais equilibrado atingindo um acréscimo de 61,2% sobre as despesas totais registradas no ano anterior (Gráfico 3).

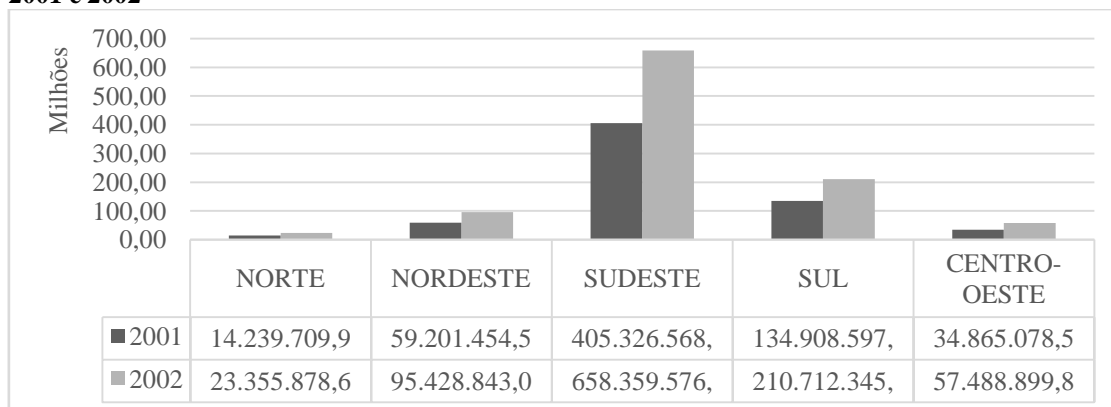
Gráfico 3- Variação anual das despesas com auxílio-doença urbano concedido entre 1997 e 2012



Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do AEPS Infologo

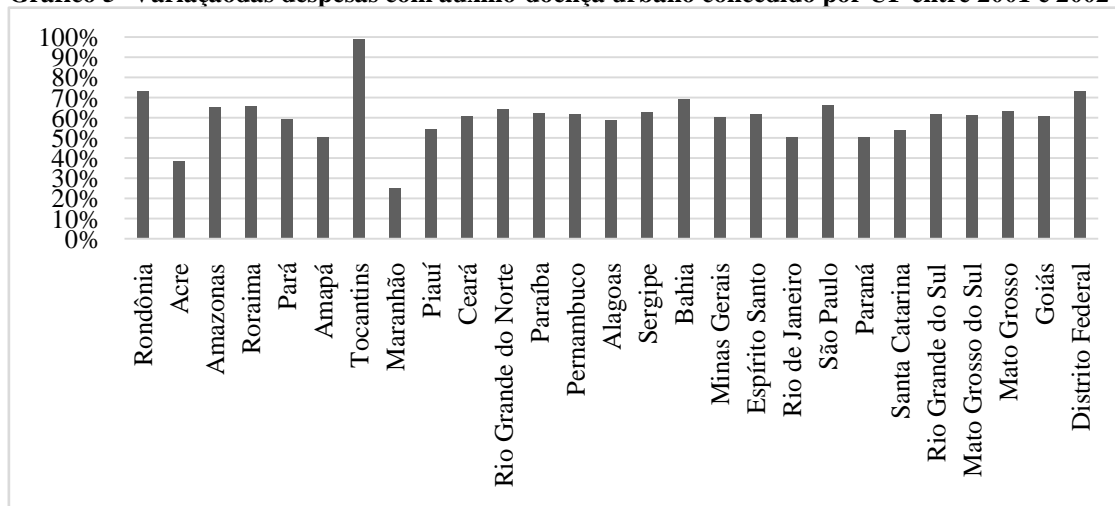
Ainda em 2002, todas as grandes regiões apresentaram taxas de crescimento de despesas com auxílio-doença urbano superiores a 60% em relação a 2001, com exceção da região Sul, que elevou suas despesas em 56,2%. Essa região, juntamente com o Sudeste, foi responsável pela concentração de mais de 80% das despesas totais registradas em todo o Brasil nesses dois anos, com participação predominante do Sudeste, mais de 60% dos dispêndios incorridos, conforme Gráfico 4.

Gráfico 4- Variação das despesas com auxílio-doença urbano concedido por grandes regiões entre 2001 e 2002



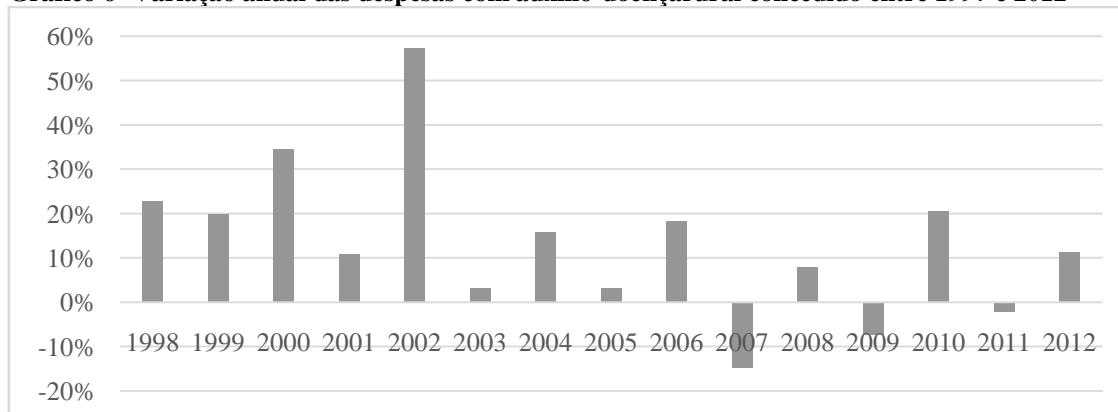
Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do AEPS Infologo

Do conjunto de estados, todos eles apresentaram variações positivas de despesas com auxílio-doença no período, destacando-se os estados do Tocantins e Maranhão, respectivamente de maior e menor crescimento nos gastos, tal qual expressa o Gráfico 5.

Gráfico 5- Variação das despesas com auxílio-doença urbano concedido por UF entre 2001 e 2002

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do AEPS Infologo

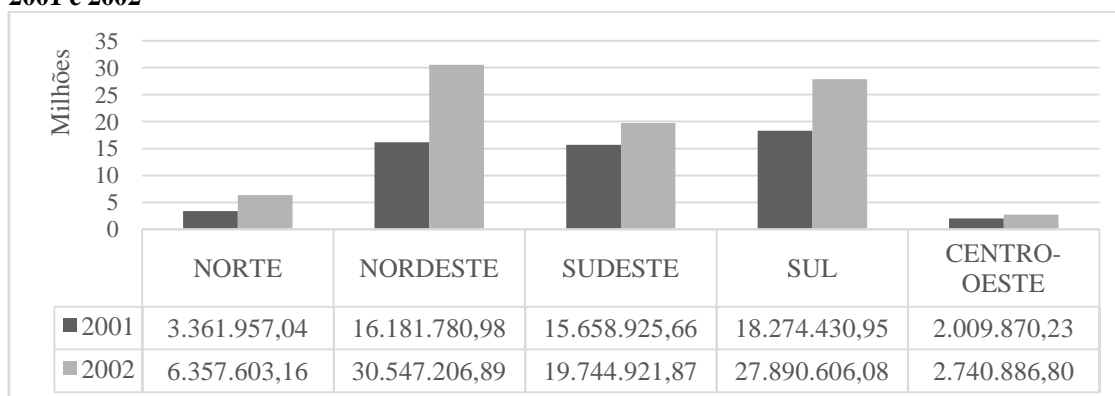
Fenômeno semelhante ao ocorrido para os benefícios de origem urbana também é constatado nas variações de despesas com concessão de auxílio-doença de origem rural. Para essa clientela, 2002 também é o marco de alteração das tendências de crescimento das despesas, as quais se ampliam em 57,3% em relação a 2001, conforme Gráfico 6.

Gráfico 6- Variação anual das despesas com auxílio-doença rural concedido entre 1997 e 2012

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do AEPS Infologo

Diferentemente do que se verificou para a clientela urbana em 2002, as evoluções com auxílio-doença rural nesse ano em relação a 2001 apresentam caráter mais heterogêneo entre as regiões. Norte e Nordeste evidenciaram forte concentração de aumento nas suas despesas, elevadas em mais de 85% em cada região durante o período destacado (Gráfico 7).

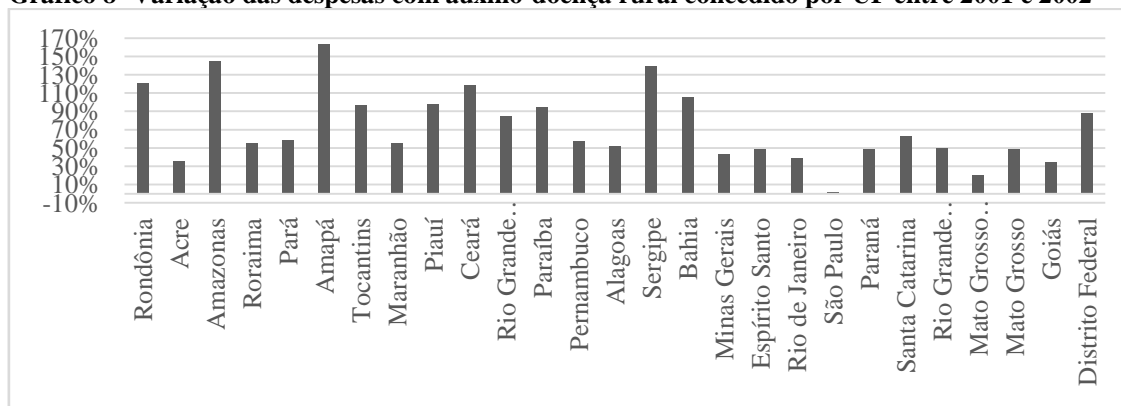
Gráfico 7- Variação das despesas com auxílio-doençarural concedido por Grandes Regiões entre 2001 e 2002



Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do AEPS Infologo

Quando da distribuição das despesas por unidades da federação, Amapá e São Paulo aparecem, respectivamente, como o maior e menor crescimento das despesas com auxílio-doença de origem rural, conforme pode ser observado no Gráfico 8.

Gráfico 8- Variação das despesas com auxílio-doença rural concedido por UF entre 2001 e 2002



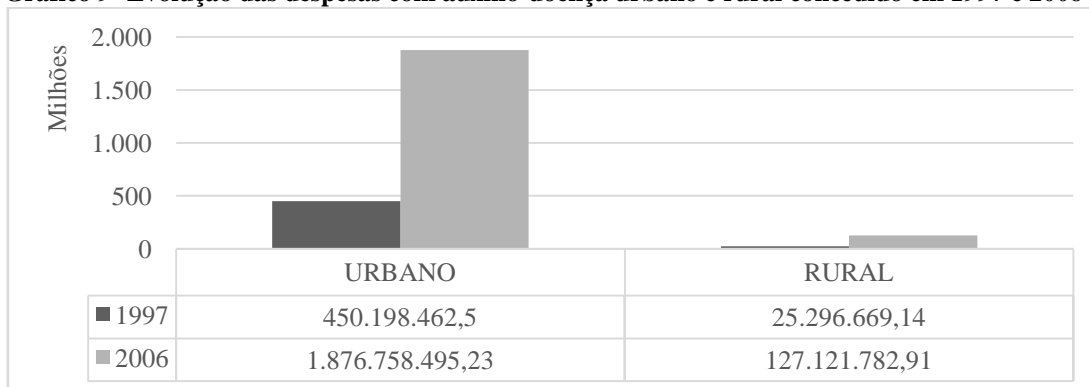
Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do AEPS Infologo

Segundo Informe da Previdência Social (MPS, 2008), dentre as razões apontadas como possíveis causas para o desequilíbrio das despesas em 2002, encontram-se as alterações normativas provocadas pela Resolução nº. 60/INSS/DC, de 2001. Para o MPS (2008), esse dispositivo poderia ter dado menos rigor à rotina de concessão de auxílio-doença ao extinguir a necessidade de homologação dos exames médico-periciais por médicos do Quadro Permanente do INSS, e dar caráter decisório ao exame realizado por médicos credenciados, sem vínculo efetivo à Instituição e cujo ganho estaria relacionado à produtividade, um incentivo para o maior número possível de perícias.

Em 2006, momento em que a tendência de crescimento contínua das despesas chega ao seu ápice, o total de despesas com o benefício de clientela urbana chega a mais de R\$1,87 bilhões, uma elevação superior a 300% quando comparada ao desembolso de

pouco mais de R\$450 milhões realizado em 1997. Para a clientela rural, que no início da série registrava valores de cerca de R\$25,3 milhões, a variação de despesas ocorrida entre 1997 e 2006 chega a mais de 400%, registrando mais de R\$127 milhões no final do período (Gráfico 9).

Gráfico 9- Evolução das despesas com auxílio-doença urbano e rural concedido em 1997 e 2006



Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do AEPS Infologo

Como foi possível identificar, após o ano de 2006 houve tendência de redução das despesas com auxílio-doença concedidas, tanto para a clientela urbana (Gráfico 3), quanto para a clientela rural (Gráfico 6). No entanto, a continuidade de crescimento dessas despesas é retomada para a clientela rural já em 2008, elevação de 8%, e para a clientela urbana em 14% no ano de 2010 (momento em que também a clientela rural experimenta elevação expressiva em suas despesas, cerca de 20%).

Dentre as prováveis razões para o fenômeno verificado em 2010, é possível identificar o maior represamento de perícias médicas ocorridas no ano anterior. Em 2009, o percentual de retenção de perícias chega a 110% em relação a 2008, causada nesse ano principalmente por conta de movimento da categoria de médicos peritos. Esse acontecimento em 2009 pode ter reduzido artificialmente as concessões do ano e potencializado os resultados verificados em 2010. (GUIMARÃES, 2011).

Vale destacar que no que diz respeito aos movimentos dos médicos peritos e consequente retenção, fora dos padrões, das perícias médicas, constata-se que essa é uma razão insuficiente ou incompleta na avaliação do aumento de despesas. Após 2010, ano de ocorrência de um novo movimento da categoria de médicos peritos do INSS, esperava-se que tal evento viesse a alterar artificialmente os resultados de 2011, inflando os valores devido ao estoque acumulado em 2010. No entanto, 2011 é o ano de menor elevação de despesas registradas desde 2002, sendo que na área urbana há redução de gastos em relação a 2010.

Entre 1997 e 2012, todas as cinco grandes regiões expressaram aumentos de gastos com auxílio-doença urbano concedidos, destacando-se as regiões Centro-Oeste e Norte. Em ambas, a elevação no total das despesas ultrapassou 600,0% no período, valores percentuais de crescimento mais de duas vezes maiores que o verificado para a região Sudeste, a de menor elevação entre as demais regiões (Tabela 1).

Tabela 1 - Variação das despesas com auxílio-doença urbano concedidos entre 1997 e 2012

Grandes Regiões e UF	1997	2012	%
NORTE	8.996.902,10	64.244.343,66	614,1%
Rondônia	687.453,76	10.553.956,49	1435,2%
Acre	284.921,80	2.363.201,48	729,4%
Amazonas	3.389.767,48	14.713.609,17	334,1%
Roraima	128.710,63	2.083.007,09	1518,4%
Pará	3.763.495,74	25.413.417,81	575,3%
Amapá	254.682,68	2.064.901,40	710,8%
Tocantins	487.870,01	7.052.250,21	1345,5%
NORDESTE	48.096.743,97	246.904.603,02	413,3%
Maranhão	2.442.150,15	16.339.235,41	569,1%
Piauí	2.086.342,46	13.099.918,83	527,9%
Ceará	5.932.493,04	38.031.830,57	541,1%
Rio Grande do Norte	4.268.490,59	21.025.266,40	392,6%
Paraíba	3.407.347,47	18.938.003,68	455,8%
Pernambuco	9.143.853,82	45.738.098,34	400,2%
Alagoas	2.162.294,65	17.493.206,47	709,0%
Sergipe	2.036.466,13	12.705.784,93	523,9%
Bahia	16.617.305,66	63.533.258,38	282,3%
SUDESTE	290.996.840,60	1.173.001.161,65	303,1%
Minas Gerais	47.815.538,95	246.491.174,41	415,5%
Espírito Santo	7.235.877,16	39.979.723,37	452,5%
Rio de Janeiro	51.905.055,20	195.140.690,63	276,0%
São Paulo	184.040.369,28	691.389.573,24	275,7%
SUL	81.404.621,40	419.547.524,78	415,4%
Paraná	20.039.299,95	128.153.206,13	539,5%
Santa Catarina	24.103.543,29	129.186.186,41	436,0%
Rio Grande do Sul	37.261.778,16	162.208.132,24	335,3%
CENTRO-OESTE	20.703.354,43	157.057.144,80	658,6%
Mato Grosso do Sul	3.793.467,14	31.090.641,91	719,6%
Mato Grosso	2.792.288,35	31.825.386,82	1039,8%
Goiás	7.236.257,71	56.466.509,21	680,3%
Distrito Federal	6.881.341,23	37.674.606,85	447,5%

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do AEPS Infologo

Ainda de acordo com a Tabela 1, verifica-se uma elevação generalizada dos gastos com concessões de auxílio-doença urbano para todas as UF. No caso dos estados, houve particular destaque para os aumentos em Roraima, Rondônia, Tocantins e Mato Grosso, que elevaram em mais de 1.000% suas despesas no período entre 1997 e 2012. Por outro lado, São Paulo, Rio de Janeiro e Bahia, se apresentaram como os estados de menor crescimento com o benefício no período.

Para as despesas com auxílio-doença de clientela rural, as regiões Norte e Nordeste se apresentaram como as de maior crescimento nos desembolsos com benefícios concedidos, experimentando incrementos superiores a 1.000,0% entre os anos de 1997 e 2012, percentual mais de 100 vezes superior ao aumento constatado para a região Sudeste, que apresentou o menor crescimento. E tal como ocorre com o benefício de origem urbana, houve aumento de dispêndios em todas as cinco grandes regiões brasileiras (Tabela 2).

Quando relacionada à quantidade de médicos¹⁸ por região, divulgada pela pesquisa *Demografia Médica no Brasil* (SCHEFFER et al., 2013), a evolução das despesas com auxílio-doença de clientela rural foi mais acentuada naquelas regiões de menor taxa de médicos por 1.000 habitantes, quais sejam, Norte e Nordeste. Essas regiões também concentram no meio rural, segundo o Centro Demográfico de 2010, o maior contingente de indivíduos em situação de extrema pobreza do País, que são aquelas com renda familiar *per capita* de até R\$70,00. Tais fatos ajudam a dimensionar a importância do auxílio-doença para esse contingente populacional, bem como sua vulnerabilidade socioeconômica frente à ocorrência de incapacidades que ensejem o recebimento de auxílio-doença.

Quando avaliadas as concessões dos benefícios de clientela rural por UF entre 1997 e 2012, destoam-se os estados do Piauí e Sergipe como os de maiores incrementos no total de suas despesas, superiores a 5.500% e 4.400%, nesta ordem. Chama atenção o estado de São Paulo, único dentre todas as regiões a apresentar declínio no volume de gastos, de R\$5,96 milhões em 1997 para 2,00 milhões em 2012, conforme apresentado na Tabela 2.

¹⁸ Médicos registrados no Conselho Federal de Medicina: endereço informado ao CRM (CFM, 2012).

Tabela 2 - Variação das despesas com auxílio-doença rural concedidos entre 1997 e 2012

Grandes Regiões e UF	1997	2012	%
NORTE	633.632,76	10.894.928,61	1619,4%
Rondônia	167.906,34	2.565.566,53	1428,0%
Acre	75.616,66	920.142,68	1116,9%
Amazonas	44.969,76	1.163.047,79	2486,3%
Roraima	32.257,61	317.062,81	882,9%
Pará	250.079,54	4.841.847,60	1836,1%
Amapá	8.040,54	182.311,11	2167,4%
Tocantins	54.762,31	904.950,09	1552,5%
NORDESTE	4.538.501,71	71.597.158,11	1477,6%
Maranhão	754.761,88	10.161.963,30	1246,4%
Piauí	107.619,37	6.050.615,20	5522,2%
Ceará	590.768,05	10.579.022,42	1690,7%
Rio Grande do Norte	590.994,80	5.537.369,78	837,0%
Paraíba	410.808,05	5.150.364,90	1153,7%
Pernambuco	970.275,08	8.024.413,06	727,0%
Alagoas	150.335,60	2.983.809,99	1884,8%
Sergipe	51.857,07	2.366.187,53	4462,9%
Bahia	911.081,82	20.743.411,93	2176,8%
SUDESTE	9.951.052,60	19.869.253,21	99,7%
Minas Gerais	2.989.831,94	12.638.305,70	322,7%
Espírito Santo	722.514,25	4.341.275,44	500,9%
Rio de Janeiro	270.272,47	880.396,86	225,7%
São Paulo	5.968.433,94	2.009.275,20	-66,3%
SUL	9.317.221,35	35.730.997,81	283,5%
Paraná	2.082.714,21	8.653.647,97	315,5%
Santa Catarina	2.020.372,80	8.839.633,06	337,5%
Rio Grande do Sul	5.214.134,34	18.237.716,77	249,8%
CENTRO-OESTE	856.260,72	4.049.926,37	373,0%
Mato Grosso do Sul	381.035,36	1.147.938,41	201,3%
Mato Grosso	164.262,77	1.520.805,60	825,8%
Goiás	278.176,21	1.115.065,62	300,8%
Distrito Federal	32.786,38	266.116,74	711,7%

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do AEPS Infologo

Em relação ao crescimento do peso de cada região sobre o total das despesas com auxílio-doença urbano, verificou-se redução de participação apenas para a Região Sudeste, conforme destaca a Tabela 3. Dentre todos os estados, houve redução de

participação sobre o gasto total para São Paulo, Rio de Janeiro, Bahia e Rio Grande do Sul.

Tabela 3 - Participação das Grandes Regiões e Unidades Federativas sobre o total de gastos com auxílio-doença urbano concedido entre 1997 e 2012

Grandes Regiões e UF	1997	2012	2012-1997
NORTE	2,0%	3,1%	1,1%
Rondônia	0,2%	0,5%	0,4%
Acre	0,1%	0,1%	0,1%
Amazonas	0,8%	0,7%	0,0%
Roraima	0,0%	0,1%	0,1%
Pará	0,8%	1,2%	0,4%
Amapá	0,1%	0,1%	0,0%
Tocantins	0,1%	0,3%	0,2%
NORDESTE	10,7%	12,0%	1,3%
Maranhão	0,5%	0,8%	0,3%
Piauí	0,5%	0,6%	0,2%
Ceará	1,3%	1,8%	0,5%
Rio Grande do Norte	0,9%	1,0%	0,1%
Paraíba	0,8%	0,9%	0,2%
Pernambuco	2,0%	2,2%	0,2%
Alagoas	0,5%	0,8%	0,4%
Sergipe	0,5%	0,6%	0,2%
Bahia	3,7%	3,1%	-0,6%
SUDESTE	64,6%	56,9%	-7,7%
Minas Gerais	10,6%	12,0%	1,3%
Espírito Santo	1,6%	1,9%	0,3%
Rio de Janeiro	11,5%	9,5%	-2,1%
São Paulo	40,9%	33,6%	-7,3%
SUL	18,1%	20,4%	2,3%
Paraná	4,5%	6,2%	1,8%
Santa Catarina	5,4%	6,3%	0,9%
Rio Grande do Sul	8,3%	7,9%	-0,4%
CENTRO-OESTE	4,6%	7,6%	3,0%
Mato Grosso do Sul	0,8%	1,5%	0,7%
Mato Grosso	0,6%	1,5%	0,9%
Goiás	1,6%	2,7%	1,1%
Distrito Federal	1,5%	1,8%	0,3%

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do AEPS Infologo

Para a clientela rural, o crescimento do peso de cada região sobre o total dos dispêndios com o benefício aparece em destaque na região Nordeste, frente ao pouco crescimento no Norte e à redução em todas as outras regiões (Tabela 4).

Tabela 4 - Participação das Grandes Regiões e Unidades Federativas sobre o total de gastos com auxílio-doença rural concedido entre 1997 e 2012

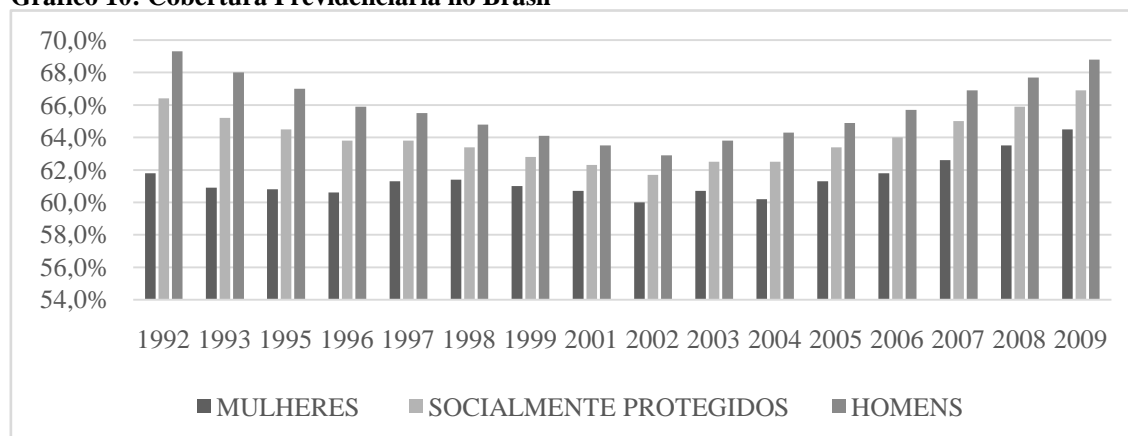
Grandes Regiões e UF	1997	2012	2012-1997
NORTE	2,5%	7,7%	5,2%
Rondônia	0,7%	1,8%	1,1%
Acre	0,3%	0,6%	0,3%
Amazonas	0,2%	0,8%	0,6%
Roraima	0,1%	0,2%	0,1%
Pará	1,0%	3,4%	2,4%
Amapá	0,0%	0,1%	0,1%
Tocantins	0,2%	0,6%	0,4%
NORDESTE	17,9%	50,4%	32,4%
Maranhão	3,0%	7,1%	4,2%
Piauí	0,4%	4,3%	3,8%
Ceará	2,3%	7,4%	5,1%
Rio Grande do Norte	2,3%	3,9%	1,6%
Paraíba	1,6%	3,6%	2,0%
Pernambuco	3,8%	5,6%	1,8%
Alagoas	0,6%	2,1%	1,5%
Sergipe	0,2%	1,7%	1,5%
Bahia	3,6%	14,6%	11,0%
SUDESTE	39,3%	14,0%	-25,4%
Minas Gerais	11,8%	8,9%	-2,9%
Espírito Santo	2,9%	3,1%	0,2%
Rio de Janeiro	1,1%	0,6%	-0,4%
São Paulo	23,6%	1,4%	-22,2%
SUL	36,8%	25,1%	-11,7%
Paraná	8,2%	6,1%	-2,1%
Santa Catarina	8,0%	6,2%	-1,8%
Rio Grande do Sul	20,6%	12,8%	-7,8%
CENTRO-OESTE	3,4%	2,8%	-0,5%
Mato Grosso do Sul	1,5%	0,8%	-0,7%
Mato Grosso	0,6%	1,1%	0,4%
Goiás	1,1%	0,8%	-0,3%
Distrito Federal	0,1%	0,2%	0,1%

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do AEPS Infologo

Como verificado, de 1998 a 2006 houve um aumento ininterrupto das despesas com auxílio-doença concedido a beneficiários tanto de clientela urbana quanto rural. Nesse interregno, houve em 2002 um aumento anormal em relação à tendência de crescimento verificada nos anos anteriores, bem como um volume de despesas recorde no ano de 2006. Após esse período, variações negativas e positivas se seguiram, até que em 2012 as despesas totais atingem mais de R\$ 2,00 bilhões, valor nunca antes registrado para esse benefício.

Dentre as razões para esses achados, é possível citar a variável *cobertura previdenciária*. A partir de 2003 o Brasil passou por um processo de expansão na quantidade de indivíduos aptos a receberem benefícios previdenciários, o que espera que aumente as despesas com concessões (GUIMARÃES, 2011). Como pode ser identificado no Gráfico 10, a população socialmente protegida sai de 61,7% em 2002, para 68,8% em 2009, com maior elevação constatada na população masculina.

Gráfico 10: Cobertura Previdenciária no Brasil



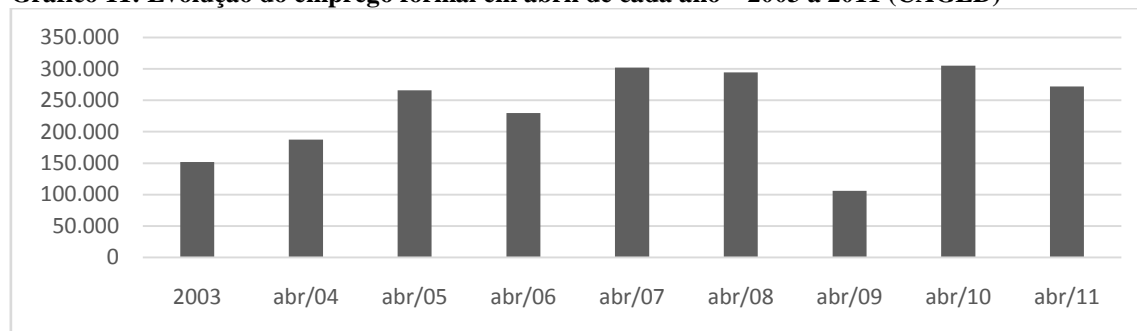
FONTE: PNAD/IBGE e SÍNTESE/SUIBE/DATAPREV

Quanto ao argumento de maior cobertura previdenciária, esse parece ser uma motivação incompleta para os resultados constatados para auxílio-doença. Enquanto o aumento do número de trabalhadores cobertos pela Previdência Social inicia-se em 2003, o aumento fora dos padrões com despesas de auxílio-doença tem início já em 2002. Esse ainda parece ser um argumento frágil na medida em que o aumento da cobertura previdenciária foi superior na população masculina, ao passo que os maiores aumentos de despesas com auxílio-doença foram identificados para o público feminino.

Outra razão possível na determinação do aumento de despesas com auxílio-doença verificadas pode ser atribuída ao aumento na formalização do mercado de trabalho (GUIMARÃES, 2011). Segundo dados do Cadastro Geral de Empregados e Desempregados (CAGED), dentre o mês de abril de 2003 a abril do ano de 2011 o

número de celetistas aumentou em cerca de 100%, crescimento que pode ter influenciado maiores concessões com a incapacidade temporária (Gráfico 11).

Gráfico 11: Evolução do emprego formal em abril de cada ano – 2003 a 2011 (CAGED)

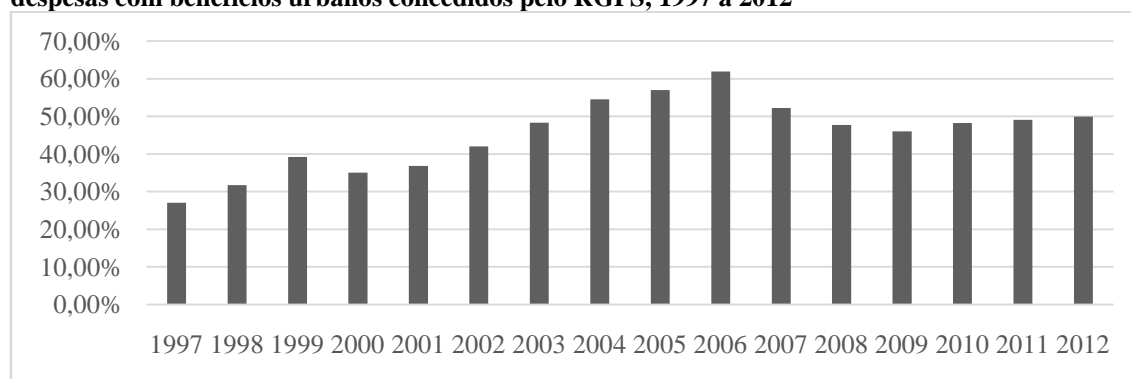


FONTE: CAGED/TEM

No que se refere à participação das despesas concedidas com auxílio-doença à clientela urbana sobre o total de despesas com benefícios concedidos pelo RGPS para a mesma clientela, percebe-se que em 1997 o peso do benefício sobre as contas previdenciárias com concessões era de apenas 27,06%. Em 2006, ponto de maior participação sobre as despesas totais em toda a série histórica, esse valor salta para 61,91%, conforme ilustra o Gráfico 12.

De 2000 até 2006, houve uma elevação contínua do peso do auxílio-doença sobre as despesas totais com concessões, momento a partir do qual há uma redução que se estende até o retorno de crescimento verificado em 2010. No último ano de análise, 2012, a participação das despesas concedidas com auxílio-doença atingiu 49,91% das despesas com todos os benefícios concedidos pelo RGPS (Gráfico 12).

Gráfico 12: Participação das despesas com auxílio-doença urbano concedido sobre o total de despesas com benefícios urbanos concedidos pelo RGPS, 1997 a 2012

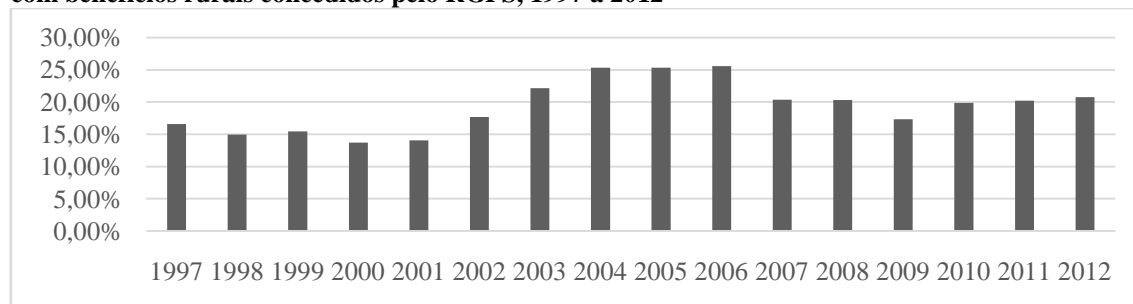


Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do AEPS Infologo

Para a clientela rural, apesar de uma participação mais modesta das despesas de auxílio-doença rural sobre o total de concessões de benefícios dessa clientela, também houve tendência de aumento. Enquanto em 1997 esse percentual era de 16,59%, em

2006 ele passa a um valor recorde de 25,56%. Em 2012, a participação de auxílio-doença rural sobre quantidade de recursos concedidos pelo RGPS a essa clientela ficou em 20,76%, como é constatado no Gráfico 13.

Gráfico 13: Participação das despesas com auxílio-doença rural concedido sobre o total de despesas com benefícios rurais concedidos pelo RGPS, 1997 a 2012



Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do AEPS Infolog

No que se refere à despesa *per capita* com auxílio-doença urbano no Brasil e em cada uma das grandes regiões, verificou-se entre 1997 e 2012 uma tendência de aumento no Brasil e em todas as regiões. Enquanto em 1997 pagava-se um valor *per capita* de R\$ 835,42 no Brasil, em 2012 esse valor passa a R\$ 1.060,50, uma elevação de 26,94%. No conjunto das grandes regiões, o Sudeste e o Nordeste concentraram as maiores e menores despesas *per capita*, respectivamente, ao longo de todos os anos consultados. Em 2012, enquanto o benefício *per capita* dessa região ficou em R\$ 930,50, todas as outras quatro regiões registraram valores superiores a R\$ 1.000,00 pagos por beneficiário de auxílio-doença. No entanto, quanto à variação nos valores recebidos em benefício por cada uma das cinco regiões, o crescimento verificado entre 1997 e 2012 para a região Nordeste foi superior ao constatado para o Sudeste, 45,51% e 24,20%, respectivamente, como apresenta a Tabela 5.

Tabela 5 – Evolução das despesas *per capita* com auxílio-doença urbano, 1997 a 2012

ANO	BRASIL	GRANDES REGIÕES					SALÁRIO MÍNIMO
		NORTE	NORDESTE	SUDESTE	SUL	CENTRO-OESTE	
1997	835,42	833,36	639,46	902,67	788,84	758,11	325,40
1998	861,36	835,86	660,79	927,69	826,82	780,37	337,85
1999	923,46	901,60	698,43	992,83	885,60	854,64	344,86
2000	946,78	916,84	725,53	1.019,74	915,06	848,73	353,12
2001	980,83	933,57	761,50	1.055,67	936,53	866,95	399,87
2002	968,34	934,01	775,31	1.027,70	935,53	876,46	405,97
2003	1.008,82	975,30	817,80	1.070,24	972,89	913,39	424,59
2004	962,80	925,33	791,39	1.020,53	918,79	879,81	416,70
2005	955,04	912,66	791,98	1.014,30	902,14	875,25	453,02
2006	973,53	917,60	814,24	1.035,18	913,76	901,20	503,13

2007	986,80	934,90	833,33	1.050,25	923,31	922,76	531,31
2008	998,62	952,31	846,96	1.065,05	934,81	941,65	551,80
2009	1.009,70	986,62	868,12	1.075,57	948,23	954,88	580,65
2010	1.040,69	1.022,96	896,95	1.107,00	979,02	999,53	611,68
2011	1.040,75	1.033,83	900,12	1.106,16	978,11	999,90	613,97
2012	1.060,50	1.053,32	930,50	1.121,15	1.005,13	1.025,20	660,55

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do AEPS Infologo e dos valores nominais disponibilizados pelo DIEESE.

OBS: foram considerados os valores de dezembro de cada ano, corrigidos pelo INPC.

Em relação aos valores *per capita* recebidos em auxílio-doença de clientela rural, constatou-se não só menores valores para o Brasil e cada região comparativamente aos dispêndios *per capita* da clientela urbana, como também uma maior variação nos valores desembolsados. Para o Brasil, a variação nos valores *per capita* de auxílio-doença rural fica em 76,89%, cujos benefícios saem de R\$ 373,63, em 1997, para R\$ 660,63, em 2012. Do conjunto de regiões, tal qual ocorre com o benefício de clientela urbana, Nordeste e Sudeste apresentam-se como as regiões de maior e menor crescimento no valor das despesas per capita, com variações de 98,63% e 45,45%, respectivamente, conforme Tabela 6.

Tabela 6 - Evolução das despesas *per capita* com auxílio-doença rural, 1997 a 2012

ANO	BRASIL	GRANDES REGIÕES					SALÁRIO MÍNIMO
		NORTE	NORDESTE	SUDESTE	SUL	CENTRO- OESTE	
1997	373,63	323,45	332,59	454,26	332,14	399,56	325,40
1998	384,78	334,83	341,26	475,90	343,35	413,82	337,85
1999	393,12	344,08	349,28	486,97	354,11	421,52	344,86
2000	395,70	347,49	353,93	493,65	359,42	432,78	353,12
2001	418,43	388,31	388,97	496,67	393,46	459,29	399,87
2002	418,13	400,28	400,81	478,62	402,69	446,91	405,97
2003	425,84	411,66	411,93	478,87	415,11	460,81	424,59
2004	419,09	408,17	410,37	455,77	410,34	450,85	416,70
2005	441,18	435,61	437,16	458,98	436,46	463,18	453,02
2006	487,26	486,59	485,66	490,62	486,19	504,93	503,13
2007	520,37	521,18	520,64	520,20	519,78	521,43	531,31
2008	545,06	545,43	545,25	544,81	544,70	545,75	551,80
2009	576,49	577,14	576,21	576,94	576,54	577,12	580,65
2010	610,94	611,06	610,80	611,28	610,95	611,25	611,68
2011	613,40	613,46	613,25	613,92	613,25	614,71	613,97
2012	660,63	660,58	660,61	660,70	660,57	661,43	660,55

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do AEPS Infologo e dos valores nominais disponibilizados pelo DIEESE.

OBS: foram considerados os valores de dezembro de cada ano, corrigidos pelo INPC.

Comparando as despesas *per capita* com auxílio-doença anteriormente constatadas para as clientelas urbana com o salário mínimo de cada ano é possível perceber que os benefícios dessa clientela foram sempre superiores aos valores do salário mínimo em cada ano catalogado. Já as despesas com benefícios de clientela rural tendem a acompanhá-los em todos os anos da série histórica.

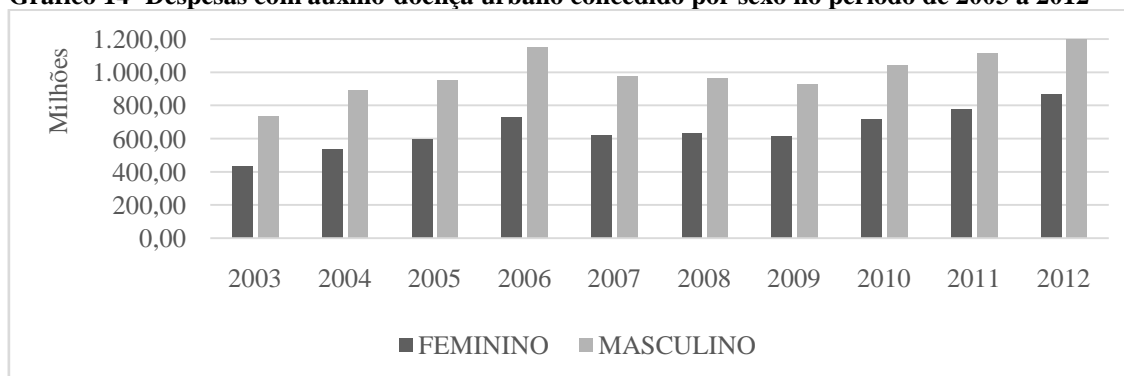
Relacionado aos valores de salário mínimo, os valores *per capitados* benefícios de clientela urbana foram sempre maiores que aqueles. No entanto, houve uma tendência de diminuição dessa diferença ao longo dos anos. Enquanto em 1997 o valor *per capita* do auxílio-doença no Brasil era 61,05% maior do que o salário mínimo, em 2012 essa superioridade decaiu para apenas 37,71% (Tabela 5).

Para a clientela rural, por seu turno, os valores *per capita* de auxílio-doença e o salário mínimo sempre tiveram valores muito aproximados. Destaca-se que de 2005 a 2011, os valores *per capita* com esse benefício para a clientela rural, foram ligeiramente inferiores aos salários mínimos registrados nos respectivos anos (Tabela 6).

4.2 Implicações da Variável Sexo na Concessão de Auxílio-Doença Previdenciário

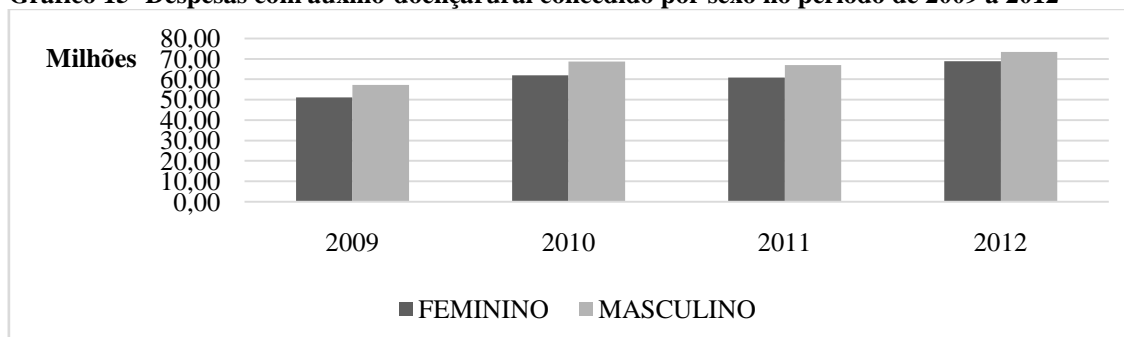
Apesar de a população feminina ser maioria no Brasil desde 1940, apresentando um superávit de 4 milhões de indivíduos em 2010 (Alves e Cavenaghi, 2012), bem como concentrar a maior parte dos benefícios concedidos pela Previdência Social (MPS, 2012), o volume de recursos com auxílio-doença previdenciário, alocados ao meio urbano, mostrou-se mais concentrado no sexo masculino entre os anos de 2003 a 2012 (Gráfico 14).

Em 2012, enquanto beneficiários do sexo feminino consumiram em torno de R\$863 milhões em auxílio-doença, para a população masculina esse valor superou a marca de R\$ 1,197bilhão, valor mais de 38% superior aos gastos com o sexo feminino. No entanto, vale ressaltar que o aumento no volume de benefícios concedidos ao público feminino entre 2003 e 2012 superou as elevações sofridas pelas despesas com beneficiários masculinos. Em 2003, pagou-se para homens e mulheres de clientela urbana cerca de R\$ 737 milhões e R\$ 432 milhões, respectivamente; já em 2012, esses valores saltaram para cerca de R\$ 1,197 bilhão e R\$ 863 milhões. Ou seja, os beneficiários de sexo masculino tiveram aumento de 62,5% em suas despesas totais, ao passo que a elevação para o público feminino chegou a 99,4%, conforme Gráfico 14.

Gráfico 14- Despesas com auxílio-doença urbano concedido por sexo no período de 2003 a 2012

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do AEPS Infologo

Dentre os períodos em que há registro de despesas na base de dados para a área rural, 2009 e 2012, identificou-se, tal qual entre a clientela urbana, maior número de gastos entre a população masculina. Durante todos os anos, beneficiários de ambos os sexos mantiveram quantidades de despesas mais homogêneas entre si quando comparados aos indivíduos de clientela urbana. Para 2012, por exemplo, a população feminina de clientela rural recebeu pouco mais de 68,8 milhões em auxílio-doença, ao passo que os beneficiários masculinos consumiram cerca de R\$73,34 milhões com o benefício, valor apenas 6,6% maior que o concedido ao sexo feminino, (Gráfico15).

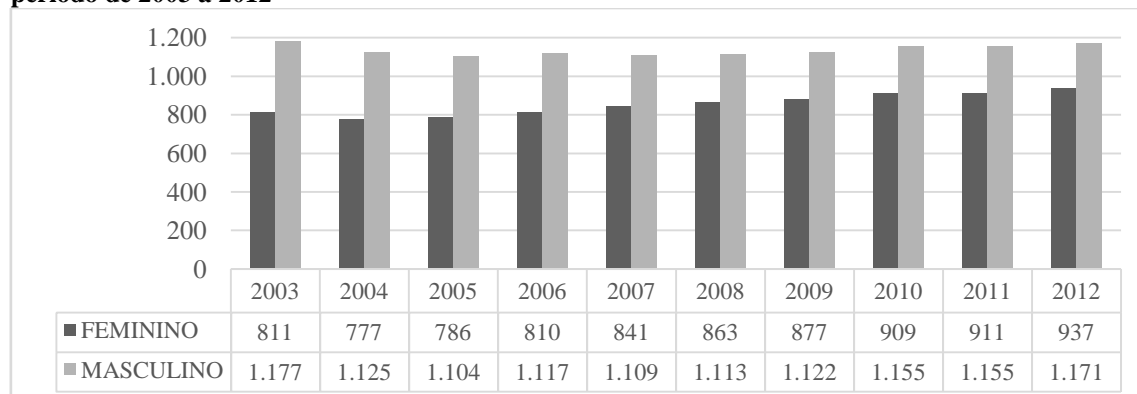
Gráfico 15- Despesas com auxílio-doençarural concedido por sexo no período de 2009 a 2012

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do AEPS Infologo

Ainda para o período de 2003 a 2012, quando analisada a distribuição *per capitas* concessões de auxílio-doença urbano entre os sexos, constatou-se um valor superior despendido a cada beneficiário do sexo masculino durante todos os anos. No entanto, desde o início da série houve uma tendência paulatina de redução do hiato entre o que recebem homens e mulheres em termos de auxílio-doença. Enquanto em 2003 o valor em auxílio-doença urbano pago a cada beneficiário de sexo feminino correspondia a 68,9% do correspondente de sexo masculino, em 2012 esse valor chegou a 80,0% (Gráfico 16). Quando comparada a variação do valor *per capitas* despesas com auxílio-doença, percebe-se uma evolução de mais de 15% para o sexo feminino no

período de 2003 a 2012. Já as despesas com beneficiários de sexo masculino experimentam uma queda de 0,5%, diminuindo seu valor em 2012 em relação ao benefício *per capita* pago em 2003, conforme Gráfico 16.

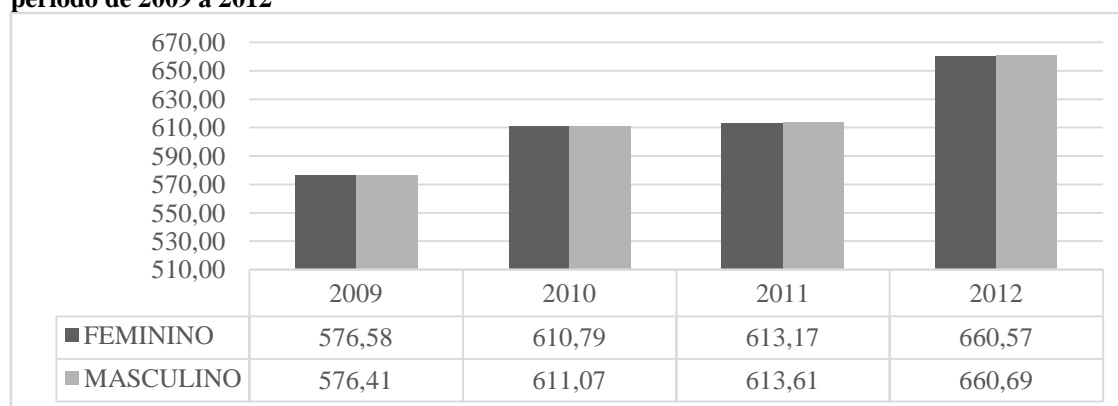
Gráfico 16- Distribuição *per capita* das despesas com auxílio-doença urbano concedido por sexo no período de 2003 a 2012



Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do AEPS Infologo

Para a população de origem rural não foram constatadas diferenças significativas entre as despesas *per capita* ambos os sexos, as quais mantiveram praticamente iguais ao longo dos anos com dados disponíveis para essa clientela, conforme Gráfico 17.

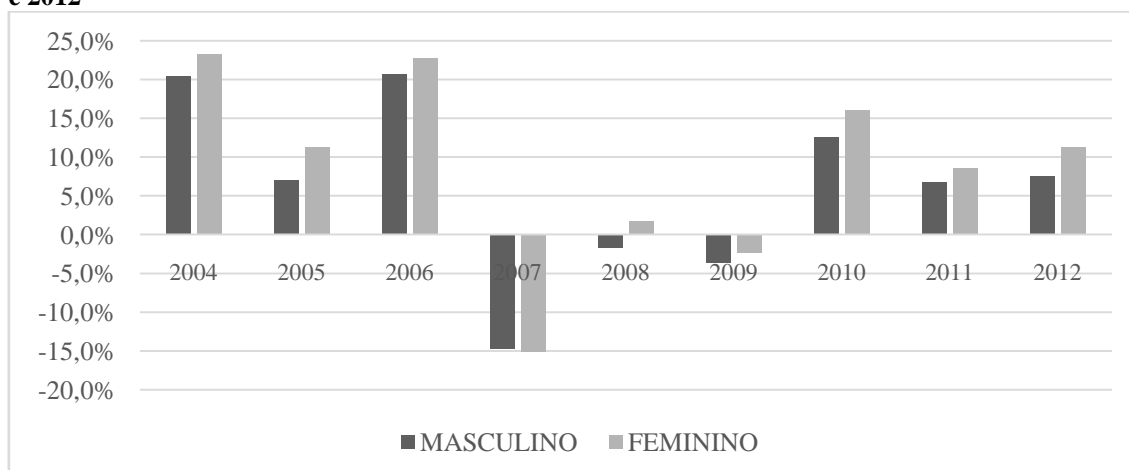
Gráfico 17- Distribuição *per capita* das despesas com auxílio-doença rural concedido por sexo no período de 2009 a 2012



Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do AEPS Infologo

No que diz respeito estritamente às variações sofridas pelas despesas alocadas a ambos os sexos, constatou-se que o público feminino de clientela urbana manteve crescimentos em suas despesas superiores aos aumentos verificados para o público masculino de igual clientela, conforme é possível visualizar no Gráfico 18.

Gráfico 18 - Variação anual das despesas com auxílio-doença urbano concedido por sexo entre 2003 e 2012



Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do AEPS Infologo

Em clientela rural, mesmo pela limitação temporal acerca das informações disponibilizados pela base de dados, foi possível constatar uma padrão e tendências similares aos identificados para os sexos de clientela urbana, como é identificado no Gráfico 19.

Gráfico 19 - Variação anual das despesas com auxílio-doença rural concedido por sexo entre 2003 e 2012



Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do AEPS Infologo

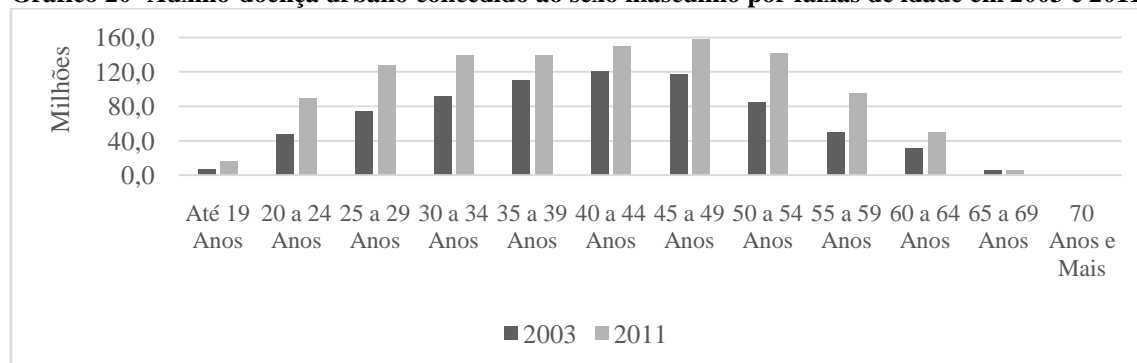
4.3 Distribuição do Auxílio-Doença por Grupos de Idade

Por uma questão de limitação informacional da base de dados, o catálogo e análise das despesas com auxílio-doença tomando por base os grupos de idade na data de início do benefício (DIB) compreendeu os anos de 2003 e 2011, bem como os beneficiários de clientela urbana, divididos de acordo com o sexo.

Ao longo de todos os períodos da série, a maior concentração de despesas com auxílio-doença urbano para o sexo masculino ficou localizada entre os segurados com idades entre 40 e 49 anos. Conforme ilustra o Gráfico 20, em 2011 a soma das despesas

com esse intervalo de idades alcançou mais de R\$300 milhões, 27,65% dos desembolsos com todas as faixas de idade registrados nesse ano para o sexo masculino.

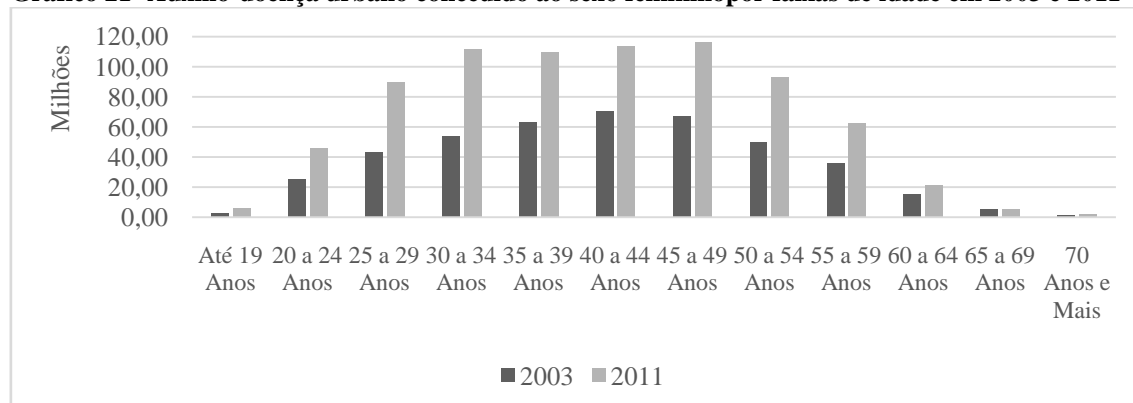
Gráfico 20- Auxílio-doença urbano concedido ao sexo masculino por faixas de idade em 2003 e 2011



Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do AEPS Infologo

Para o público feminino, a distribuição de despesas com auxílio-doença urbano por faixas de idade também apresenta alta concentração de valores para beneficiários entre 40 e 49 anos de idade. No último ano da série, conforme Gráfico 21, essas idades consumiram 29,6% das despesas totais concedidas ao sexo feminino, mais de R\$229 milhões.

Gráfico 21- Auxílio-doença urbano concedido ao sexo feminino por faixas de idade em 2003 e 2011



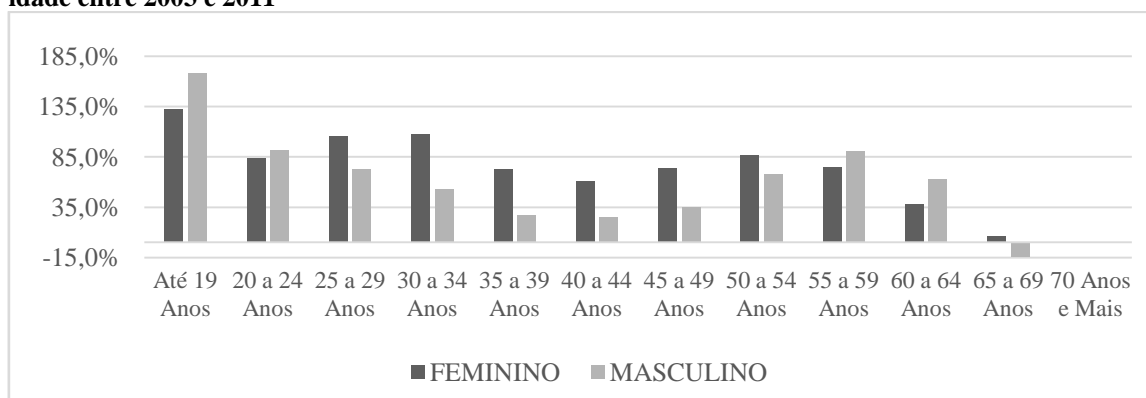
Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do AEPS Infologo

Quanto à variação das despesas com auxílio-doença urbano concedido ao sexo masculino entre 2003 e 2011, quase todos os grupos de idade experimentaram crescimento. Nesse período, a elevação mais expressiva de despesas foi observada na faixa de idade de até 19 anos, onde os desembolsos elevaram-se em 168,3% (Gráfico 22).

Para o sexo feminino, os padrões de distribuição das despesas entre as faixas de idade apresentaram perfil similar aos achados para o sexo masculino, como grandes variações positivas nas faixas de idade mais jovens, especialmente no grupo de até 19

anos. Para esse grupo, os aumentos de despesas chegaram a 132,3% entre 2003 e 2011, conforme Gráfico 22.

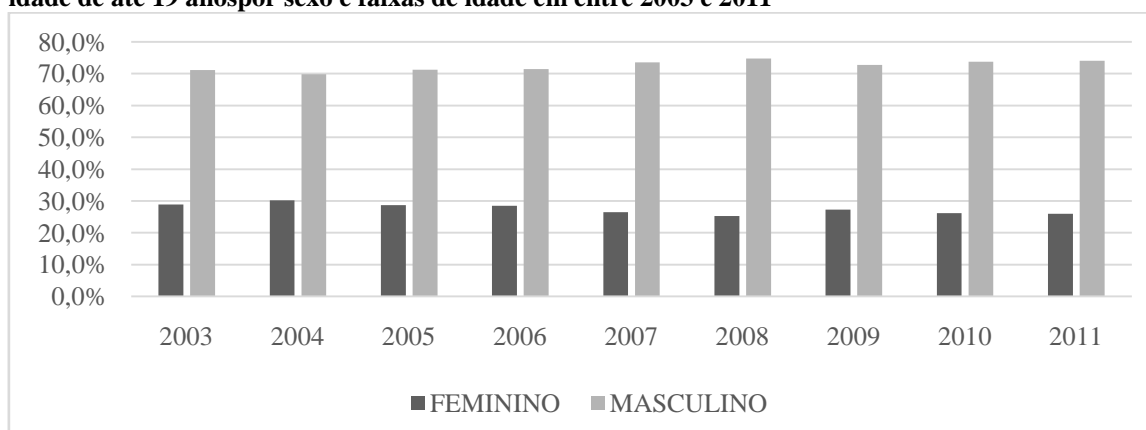
Gráfico 22- Variação das despesas com auxílio-doença urbano concedido por sexo e grupos de idade entre 2003 e 2011



Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do AEPS Infologo

Apesar de terem apresentado padrões de crescimento similares entre os anos de 2003 e 2011, o montante destinado a cada grupo de idade conforme o sexo a que se refere, apresentou características específicas para o sexo feminino e masculino ao longo de todos os anos estudados. Dentre os achados, encontra-se a maior predominância masculina sobre o total de despesas das faixas de idade mais jovens. Como é possível identificar no Gráfico 23, por exemplo, de 2003 a 2011 a soma de recursos destinados às faixas de idade de até 19 anos para os dois sexos concentrou-se em torno de 70% no público masculino, o qual consumiu um volume de recursos mais de duas vezes maior que as despesas do público feminino na maioria dos anos.

Gráfico 23- Concentração de despesas com auxílio-doença urbano concedido para os grupos de idade de até 19 anos por sexo e faixas de idade em entre 2003 e 2011



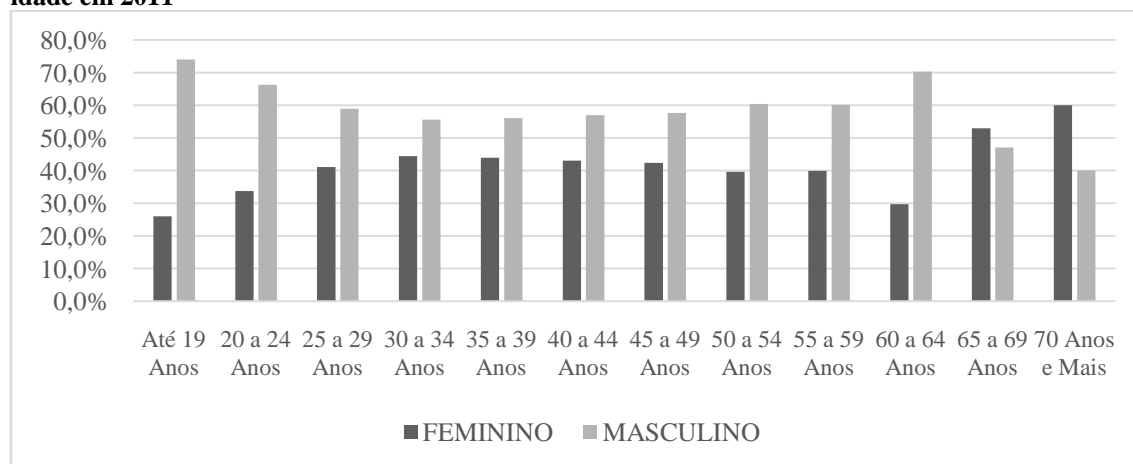
Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do AEPS Infologo

Em 2011, como é possível constar pelo Gráfico 24, identifica-se um padrão que se estende desde 2003 a todos os outros anos, qual seja, a tendência de acúmulo de

despesas para o público masculino entre as faixas de idade mais jovens, e o aumento da participação feminina sobre os gastos conforme a idade dos grupos de beneficiários se eleva, conforme Gráfico 24. Pela razão entre o que foi gasto com auxílio-doença em cada faixa de idade e o total de desembolsos com o benefício verificado nas mesmas, constatou-se que a população masculina consumiu 74% das despesas no grupo de idade de até 19 anos em 2011. Essa participação decaiu para apenas 32,5% quando se trata de beneficiários com idades de 80 a 84 anos.

Dentre as possíveis justificativas para a tendência de uma razão inversa entre o envelhecimento masculino e sua participação sobre o volume total de despesas descritas, podemos citar o fato de os homens serem maioria ao nascer e predominarem entre a população jovem, mas serem mais acometidos, a partir daí, por mortalidade oriunda de causas externas, conforme destaca o Relatório Anual Socioeconômico da Mulher (Reseam) de 2013. Segundo este, as mulheres invertem a razão de sexo já aos 25 anos, e passam a ser maioria na população. No grupo de idade de 80 anos ou mais, destaca o estudo, para cada 100 mulheres são verificados apenas 67 homens.

Gráfico 24- Concentração das despesas com auxílio-doença urbano concedido por sexo e grupos de idade em 2011



Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do AEPS Infologo

Para o relatório Tendências Mundiais de Emprego 2014 da Organização Mundial do Emprego (OIT), os trabalhadores mais jovens são justamente os mais afetados pelo desemprego no mundo. Calcula-se que em 2013 cerca de 74,5 milhões de jovens nas faixas de idade entre 15 e 24 anos ficaram desempregados, quase um milhão a mais que os valores registrados em 2012. No Brasil, a OIT estima que em 2013 18,4% dos indivíduos nessa faixa etária não estudam nem trabalham, valor superior à taxa mundial de 13%.

Segundo Corseuil et al (2013) os trabalhadores jovens são ainda aqueles que apresentam taxas de contratação duas vezes maior que os adultos, embora estejam mais suscetíveis a perderem o emprego. Experimentam, portanto, um mercado de trabalho mais instável que a população de trabalhadores em idade adulta.

Quando caracterizadas as doenças, a Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que dentre as faixas de idade de 10 a 19 anos, a depressão é a principal causa de doença e incapacidade no mundo. Em relação às causas de morte, os acidentes de trânsito, a AIDS e o suicídio apresentam-se como as mais frequentes para essa mesma faixa etária (OMS, 2014).

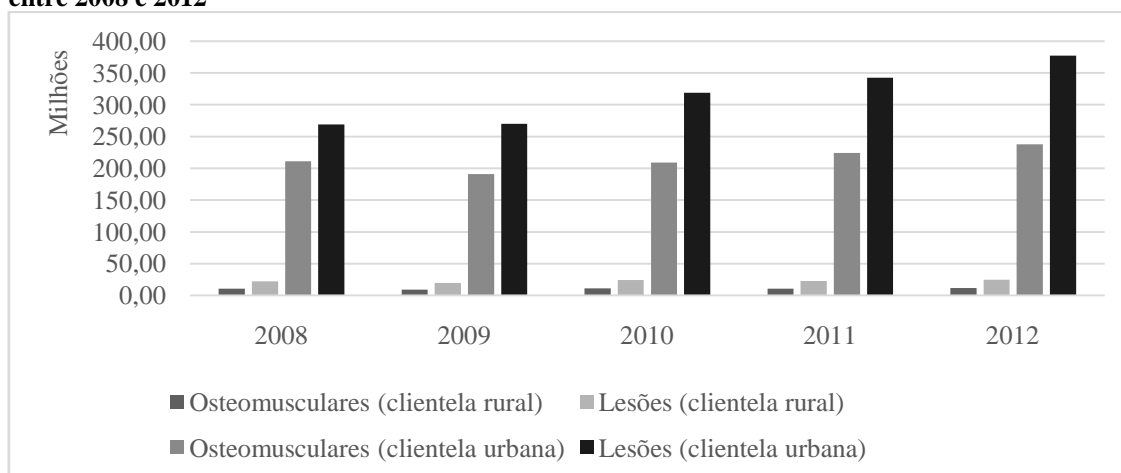
4.4 Perfil das Despesas com Auxílio-Doença segundo Sexo, Clientela e Classificação Internacional de Doenças – CID-10

A distribuição das concessões de auxílio-doença conforme as causas de morbidade revelou entre os períodos de 2008 a 2012, únicos disponíveis na base de dados, características distintas para cada subgrupo de acordo com a clientela e o sexo analisados. Neste ponto, três observações ganham relevância: i) o peso expressivo de determinados grupos CID-10 sobre o total de despesas com auxílio-doença ao longo dos anos; ii) o aumento das despesas com a maioria das causas de morbidade; e iii) a elevação anormal de gastos com a rubrica de *Causas externas de morbidade e de mortalidade*.

Tomando por base os grupos CID-10 de 2008 a 2012, foi possível identificar diferenças de concentração de despesas entre os sexos, bem como entre as clientelas, no caso feminino. Nesse período, para os beneficiários de auxílio-doença masculinos, o grupo XIX, representado por *Lesões, envenenamento e outras consequências de causas externas*, em conjunto com o grupo XIII, *Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo*, representaram em torno de 50% de todas as despesas verificadas, tanto em meio urbano quanto em meio rural.

Em 2010, o montante de gastos com as duas rubricas mais expressivas para o público masculino de clientela urbana ultrapassou meio bilhão de reais, volume que aumentou ainda mais no decorrer dos anos. Comparadas a estas, a soma das duas maiores causas de desembolsos para o meio rural representou menos de 7% dos registros correspondentes para a clientela urbana (Gráfico 25).

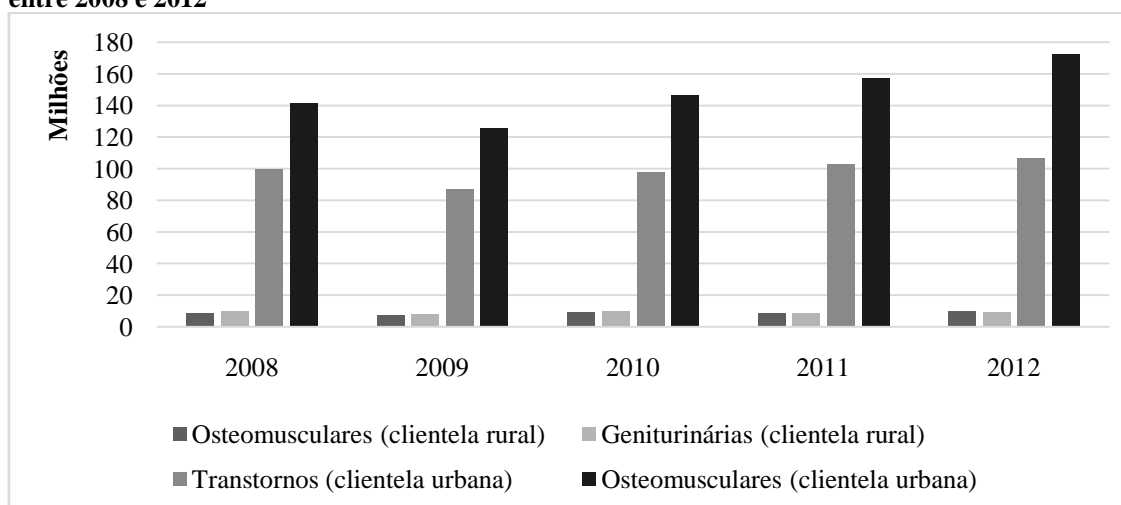
Gráfico 25- Despesas com auxílio-doença urbano e rural mais comuns para o público masculino entre 2008 e 2012



Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do AEPS Infologo

Ao contrário do sexo masculino, a distribuição de despesas com auxílio-doença entre o sexo feminino de clientelas urbana e rural apresentou um padrão de concessões mais disperso quando consideradas as causas de morbidade mais comuns. De 2008 a 2012, enquanto mulheres de clientela urbana apresentam maior concentração de despesas em *Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo*, juntamente a *Transtornos mentais e comportamentais*, aquelas de clientela rural compartilham maior volume de dispêndios com *Doenças do aparelho geniturinário* e com *Doenças do sistema osteomuscular*, conforme apresentado no Gráfico 26.

Gráfico 26- Despesas com auxílio-doença urbano e rural mais comuns para o público feminino entre 2008 e 2012



Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do AEPS Infologo

No último ano com registros disponíveis na base de dados, 2012, os beneficiários de sexo masculino das clientelas urbana e rural apresentaram poucas distinções quanto à distribuição dos pesos de cada grupo CID-10 sobre o total de despesas com auxílio-doença. Neste ponto, faz-se necessário destacar a maior incidência relativa de despesas com o grupo CID-10 II - *Neoplasias [tumores]* em beneficiários masculinos de clientela urbana quando comparados aos de clientela rural. Para 2012, a participação desse agrupamento sobre o total de gastos com auxílio-doença em população masculina de clientela urbana foi cerca de três vezes superior aos dispêndios para beneficiários masculinos de clientela rural (Tabela 8).

Tanto em clientela urbana quanto em clientela rural, houve em 2012 para os beneficiários masculinos alta concentração de gastos em *Lesões, envenenamento e outras consequências de causas externa; Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo* bem como em *Doenças do aparelho digestivo*. Juntas, essas rubricas agruparam mais de 61% dos dispêndios com todos os 21 grupos CID-10 registrados, mais a parcela na rubrica *Ignorado*, em suas respectivas clientelas. Em meio urbano, esse percentual foi equivalente a mais de R\$741,88 milhões; em meio rural, representou em torno de R\$45,10 milhões, conforme Tabela 8.

Tabela 7 – Despesa com auxílio-doença concedido ao sexo masculino em 2012

Grupo CID-10	SEXO			
	MASCULINO			
	URBANO	%	RURAL	%
I	26.558.639,35	2,22%	2.053.651,45	2,80%
II	43.550.303,58	3,64%	2.998.915,42	4,09%
III	1.509.026,94	0,13%	93.797,75	0,13%
IV	12.761.655,75	1,07%	662.352,78	0,90%
V	118.208.676,79	9,87%	2.126.962,98	2,90%
VI	20.820.129,21	1,74%	1.146.174,11	1,56%
VII	26.173.394,28	2,19%	2.402.166,88	3,28%
VIII	4.067.605,70	0,34%	130.788,41	0,18%
IX	101.609.781,88	8,48%	5.877.181,18	8,01%
X	13.336.012,48	1,11%	807.313,89	1,10%
XI	126.967.669,71	10,60%	8.838.550,42	12,05%
XII	13.885.608,92	1,16%	1.013.094,93	1,38%
XIII	237.800.800,87	19,86%	11.678.420,51	15,92%
XIV	23.753.622,44	1,98%	2.024.578,12	2,76%
XV	1.512,65	0,00%	-	-
XVI	161.813,11	0,01%	11.889,86	0,02%
XVII	2.423.722,89	0,20%	148.623,19	0,20%
XVIII	6.316.706,44	0,53%	305.172,95	0,42%

XIX	377.121.484,34	31,49%	24.584.270,44	33,52%
XX	2.053.231,91	0,17%	208.733,01	0,28%
XXI	9.094.346,69	0,76%	463.043,81	0,63%
Ignorado	29.453.475,09	2,46%	5.764.417,73	7,86%
Total	1.197.629.221,02	100,00%	73.340.099,81	100,00%

Capítulos CID-10 - Descrição: I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias; II - Neoplasias [tumores]; III - Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos; IV - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas; V - Transtornos mentais e comportamentais; VI - Doenças do sistema nervoso; VII - Doenças do olho e anexos; VIII- Doenças do ouvido e da apófise mastoide; IX - Doenças do aparelho circulatório; X - Doenças do aparelho respiratório; XI - Doenças do aparelho digestivo; XII - Doenças da pele e do tecido subcutâneo; XIII- Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo; XIV - Doenças do aparelho geniturinário; XV - Gravidez, parto e puerpério; XVI - Algumas afecções originadas no período perinatal; XVII - Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas; XVIII - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte; XIX - Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas; XX - Causas externas de morbidade e de mortalidade; XXI - Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde.

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do AEPS Infologo

A distribuição das despesas como auxílios-doença concedidos em 2012 ao público feminino revelou um caráter mais disperso quando comparada à distribuição de despesas ao público masculino. Na clientela urbana, 56,28% do total de despesas, cerca de R\$485,77 milhões, concentraram-se nos grupos CID-10 II - *Neoplasias [tumores]*; V - *Transtornos mentais e comportamentais*; XIII- *Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo*; e XIX - *Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas*. Para a clientela rural, constatou-se um agrupamento de 55,56% das despesas com auxílio-doença nos grupos de CID-10 II - *Neoplasias [tumores]*; XIII- *Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo*; XIV - *Doenças do aparelho geniturinário*; e XIX - *Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas*. Somadas, as despesas com essas rubricas totalizaram mais de R\$38 milhões em 2012, conforme Tabela 9.

Tabela 8 – Despesa com auxílio-doença concedido ao sexo feminino em 2012

Grupo CID-10	SEXO			
	FEMININO			
	URBANO	%	RURAL	%
I	10.463.234,85	1,21%	1.143.407,74	1,66%
II	88.422.980,49	10,24%	10.035.142,80	14,59%
III	2.031.617,89	0,24%	118.238,00	0,17%
IV	16.164.546,33	1,87%	913.537,21	1,33%
V	106.791.975,30	12,37%	2.610.483,76	3,79%
VI	24.044.322,56	2,79%	1.294.673,12	1,88%

VII	12.880.791,54	1,49%	1.531.809,68	2,23%
VIII	2.888.407,58	0,33%	204.109,18	0,30%
IX	62.416.410,57	7,23%	5.421.113,42	7,88%
X	9.573.886,87	1,11%	544.291,15	0,79%
XI	63.136.454,71	7,31%	9.442.526,67	13,72%
XII	8.470.214,95	0,98%	912.876,66	1,33%
XIII	172.111.370,96	19,94%	9.860.090,45	14,33%
XIV	45.991.452,47	5,33%	8.889.648,40	12,92%
XV	68.325.293,21	7,92%	842.198,08	1,22%
XVI	171.241,18	0,02%	11.229,31	0,02%
XVII	3.105.742,66	0,36%	287.998,71	0,42%
XVIII	9.659.071,62	1,12%	452.475,04	0,66%
XIX	118.441.177,65	13,72%	7.649.297,38	11,12%
XX	734.697,38	0,09%	78.605,15	0,11%
XXI	12.434.469,97	1,44%	1.659.955,89	2,41%
Ignorado	24.866.196,14	2,88%	4.898.456,49	7,12%
Total	863.125.556,88	100,00%	68.802.164,30	100,00%

Capítulos CID-10 - Descrição: I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias; II - Neoplasias [tumores]; III - Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos; IV - Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas; V - Transtornos mentais e comportamentais; VI - Doenças do sistema nervoso; VII - Doenças do olho e anexos; VIII- Doenças do ouvido e da apófise mastoide; IX - Doenças do aparelho circulatório; X - Doenças do aparelho respiratório; XI - Doenças do aparelho digestivo; XII - Doenças da pele e do tecido subcutâneo; XIII- Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo; XIV - Doenças do aparelho geniturinário; XV - Gravidez, parto e puerpério; XVI - Algumas afecções originadas no período perinatal; XVII - Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas; XVIII - Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório não classificados em outra parte; XIX - Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas; XX - Causas externas de morbidade e de mortalidade; XXI - Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde.

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do AEPS Infologo

Ao desmembrar os grupos CID-10 entre as principais categorias apontadas como causa clínica para a concessão de auxílio-doença no ano de 2012, identificou-se um agregado de cinco categorias distintas para os sexos masculino e feminino, bem como variações entre um mesmo sexo, dependendo da clientela para onde o benefício foi alocado.

As despesas direcionadas ao público masculino em 2012, tanto de clientela urbana quanto de clientela rural, reuniram-se em cerca de 20% em apenas cinco categorias. Dos 1.527 agrupamentos do público masculino de clientela urbana, para os quais há registros de despesas relacionadas a auxílio-doença, cerca de 20% delas foram concentradas, em ordem decrescente de valores em: *Fratura da perna, incluindo tornozelo; Fratura ao nível do punho e da mão; Dorsalgia; Hérnia Inguinal; e Outros*

Transtornos de Discos Intervertebrais. Já para a clientela rural, das 1.151 categorias de causa clínica geradora de concessão de auxílio-doença em 2012, cerca de 20% concentraram-se, em ordem decrescente de despesas, em: *Hérnia Inguinal; Fratura da perna, incluindo tornozelo; Dorsalgia; Outros Transtornos de Discos Intervertebrais; e Fratura do ombro e do braço* (Tabela 10).

Tabela 09 – Categorias clínicas mais comuns no sexo masculino em 2012

CATEGORIA CLÍNICA	SEXO	
	MASCULINO	
	URBANO	RURAL
K40	45.481.587,95	3.884.601,96
M51	40.662.244,39	2.779.700,18
M54	54.751.913,15	3.275.354,55
S42		2.333.714,36
S62	56.330.912,38	
S82	56.340.479,81	3.852.367,90
SOMA	253.567.137,67	16.125.738,95
TOTAL CONCEDIDO	1.197.629.221,02	73.340.099,81
%	21,17%	21,99%

Categorias Clínicas CID-10 – Descrição: K40 – Hérnia Inguinal; M51 - Outros Transtornos de Discos Intervertebrais; M54 - Dorsalgia; S42 - Fratura do ombro e do braço; S62 - Fratura ao nível do punho e da mão; S82 - Fratura da perna, incluindo tornozelo.

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do AEPS Infologo

Para os beneficiários de sexo feminino, também foi possível constatar alta concentração de despesas em apenas cinco agrupamentos clínicos. Em 2012, das 1.590 categorias relacionadas à concessão de auxílio-doença ao público feminino de clientela urbana, apenas cinco delas concentraram cerca de 20% das despesas com todo o conjunto de categorias diagnósticas. Em ordem decrescente de dispêndios, são elas: *Leiomioma do Útero; Episódios Depressivos; Dorsalgia; Varizes dos Membros Inferiores; e Hemorragia do Início da Gravidez*, conforme Tabela 10.

Quanto a esta última causa de morbidade, vale fazer referência ao V Relatório Nacional de Acompanhamento dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, segundo o qual o quinto Objetivo (ODM 5), relacionado à melhora da saúde materna, não será alcançado pelo Brasil até 2015. Dentre os pontos malogrados encontra-se principalmente a tentativa de redução da mortalidade materna a três quartos do nível observado em 1990 (BRASIL, 2014).

Em relação ao público feminino de clientela rural, das 1.166 categorias clínicas associadas à concessão de auxílio-doença em 2012, cinco delas concentraram cerca de

25% do total de despesas. Em ordem decrescente, são: *Leiomioma do Útero*; *Colelitíase*; *Prolapso Genital Feminino*; *Dorsalgia*; *Varizes dos Membros Inferiores* (Tabela 10).

Tabela 10– Categorias clínicas mais comuns no sexo feminino em 2012

CATEGORIA CLÍNICA	SEXO	
	FEMININO	
	URBANO	RURAL
D25	42.280.684,14	5.939.087,69
F32	40.385.650,80	
I83	26.237.278,73	1.981.642,53
K80		4.404.530,80
M54	39.830.930,08	2.629.639,64
N81		2.675.217,42
O20	24.381.962,70	
SOMA	173.116.506,45	17.630.118,08
TOTAL CONCEDIDO	863.125.556,88	68.802.164,30
%	20,06%	25,62%

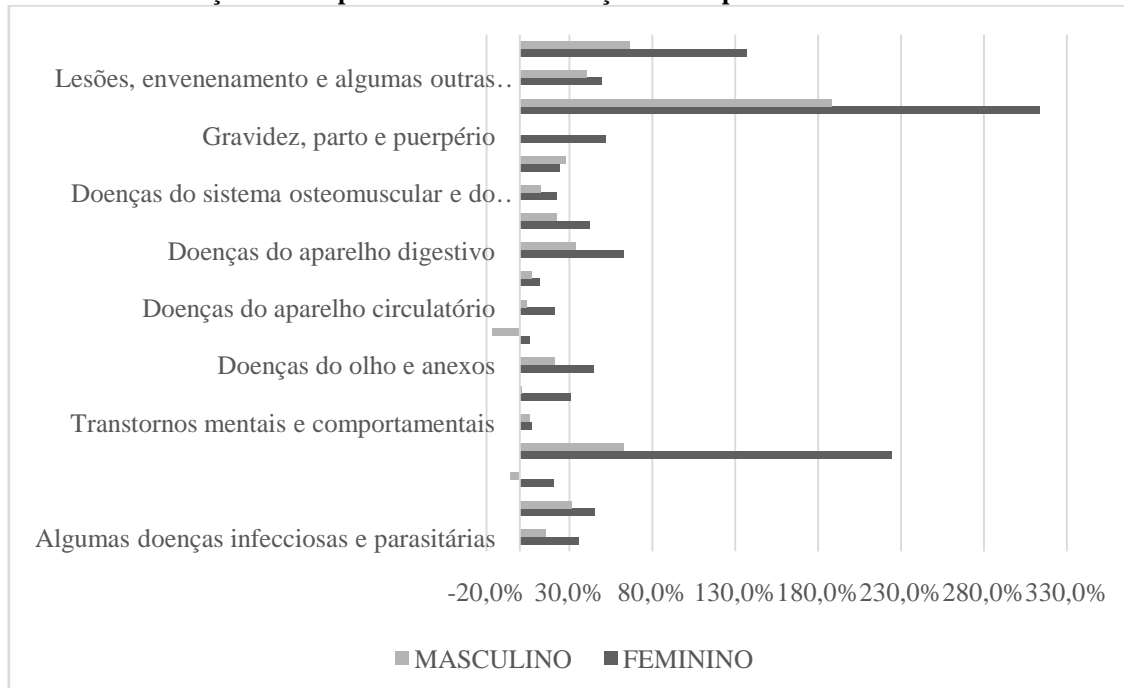
Categorias Clínicas CID-10 – Descrição: D25 - Leiomioma do Útero; F32 - Episódios Depressivos; I83 - Varizes dos Membros Inferiores; K80 - Colelitíase; M54- Dorsalgia; N81- Prolapso Genital Feminino; O20 - Hemorragia do Início da Gravidez.

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do AEPS Infologo

Entre 2008 e 2012, foram constatados aumentos de despesas com auxílio-doença urbana na maioria dos grupos de morbidade do sexo masculino de clientela urbana, e em todos os registros para a população feminina de igual clientela. Com exceção do grupo de *Doenças do aparelho geniturinário*, a elevação das despesas para o sexo feminino entre 2008 e 2012 foi superior aos registros para o sexo masculino em todos os outros agrupamentos CID-10. Destaca-se entre eles o grupo de *Doenças do sistema nervoso*, cuja elevação de despesas entre o público feminino foi mais de 24 vezes superior à elevação masculina com despesas para esse agrupamento, conforme Gráfico 27.

Apesar de nunca ter chegado a consumir meio por cento das despesas no período destacado para ambos os sexos, a rubrica de *Malformações congênitas, deformidades e anormalidades cromossômicas* expressou-se como uma das que mais elevaram suas despesas. Para o sexo feminino, esse aumento em 2012 atingiu 313,6% dos dispêndios identificados em 2008, (Gráfico 27). De todos os grupos de CID-10, a evolução dessa rubrica foi inferior apenas ao de *Causas externas de morbidade e de mortalidade*, cuja análise do aumento para ambos os sexos está destacada separadamente em seguida.

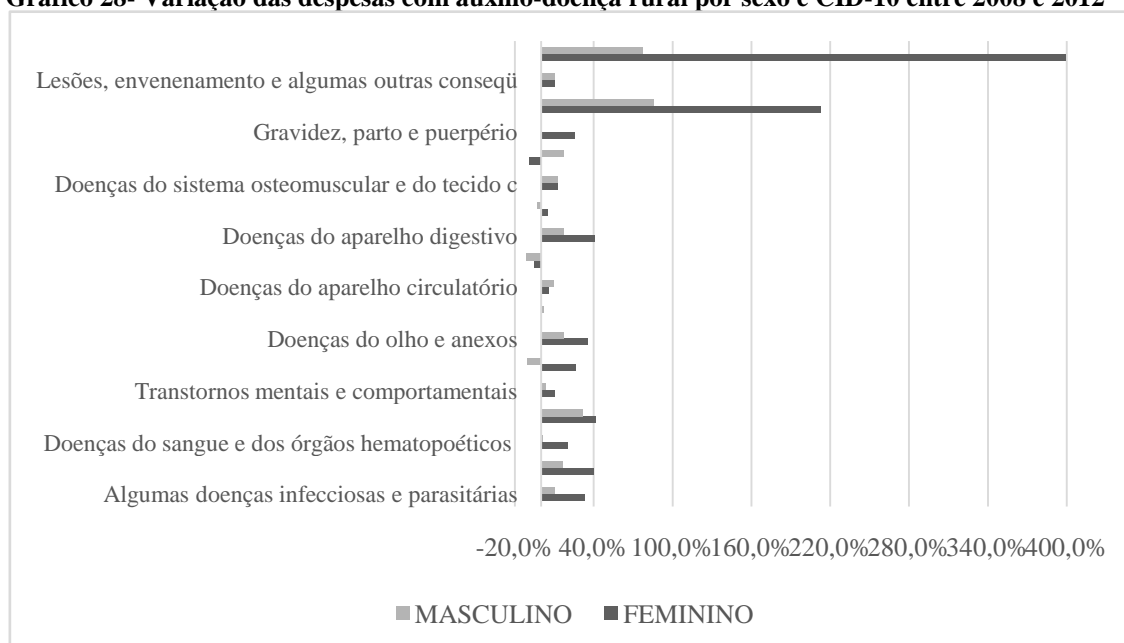
Gráfico 27- Variação das despesas com auxílio-doença urbano por sexo e CID-10 entre 2008 e 2012



Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do AEPSInfologo

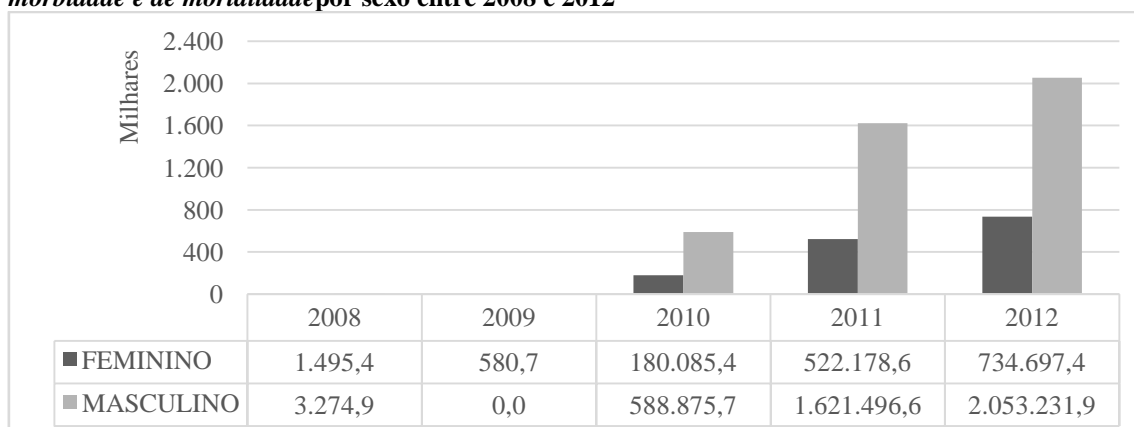
Para os auxílios-doença concedidos por CID-10 de 2008 a 2012 aos beneficiários de área rural, notou-se uma maior elevação de despesas para o público feminino em quase todos os agrupamentos de causa clínica. Dentre estes, ganhou destaque o grupo de *Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos*, cuja elevação para o público feminino de clientela rural no período foi mais de 17 vezes superior à variação sofrida pelos beneficiários masculinos de mesma clientela (Gráfico 28).

Dentre os beneficiários masculinos de meio rural, tal como ocorre entre os de clientela urbana, a maior elevação de despesas com auxílio-doença entre 2003 e 2012 para os grupos de CID-10 foi constatada em *Malformações congênitas, deformidades e anormalidades cromossômicas*, cuja elevação alcançou 85,15%. Para o público feminino de clientela rural, os maiores aumentos de despesas concentraram-se no agrupamento de *Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde*, para esse grupo a elevação atingiu 399,27%, conforme Gráfico 28.

Gráfico 28- Variação das despesas com auxílio-doença rural por sexo e CID-10 entre 2008 e 2012

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do AEPS-Infologo

Em relação ao crescimento do conjunto de CID-10 anterior, a rubrica referente a *Causas externas de morbidade e de mortalidade* para beneficiários de clientela urbana registrou um crescimento explosivo entre 2008 e 2012. Para as mulheres de clientela urbana, os registros de despesas com auxílio-doença em 2012 foram mais de 490 vezes os valores de 2008, enquanto para a população masculina essa elevação superou 62.000%, conforme Gráfico 29.

Gráfico 29- Variação das despesas de auxílio-doença urbano com a rubrica de causas externas de morbidade e de mortalidade por sexo entre 2008 e 2012

Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do AEPS-Infologo

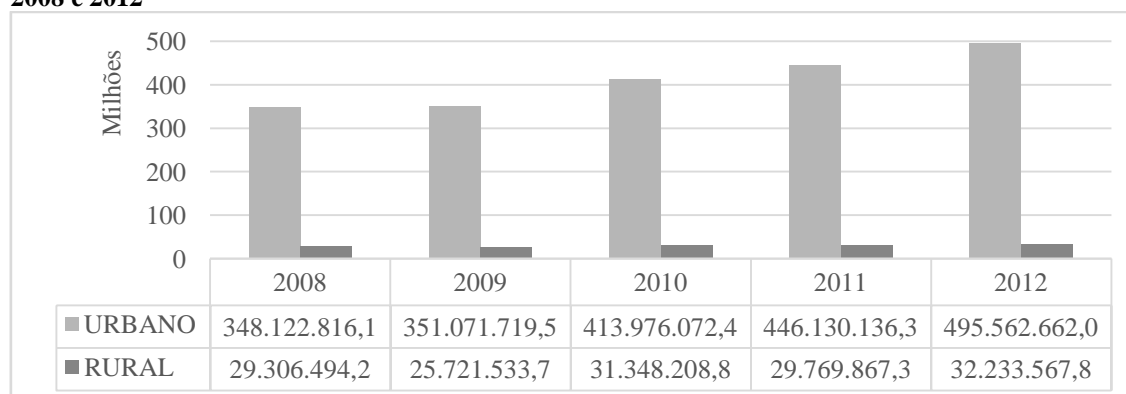
Nos períodos em que houve dispêndios para os dois sexos, o volume de benefícios decorrentes de *Causas externas* foi mais de duas vezes maior no sexo masculino, chegando em 2010 e 2011 a mais que o triplo dos gastos verificados na população feminina (Gráfico 29).

Essa maior vulnerabilidade masculina também é comentada por Mascarenhas et al. (2010), que trazem que esse público representou 70,5% das internações hospitalares por *Causas externas* nos serviços financiados pelo SUS em 2010, contra 29,5% de ocorrências em mulheres. Segundo o estudo, para o período de 2000 a 2010 as internações oriundas desse grupo foram provocadas principalmente por quedas e lesões decorrentes de acidentes de transporte terrestre, as quais aumentaram proporcionalmente ao aumento da idade. Segundo dados do Ministério da Saúde, a incidência dessa rubrica na população masculina está mais concentrada nas faixas etárias mais jovens (dos 25 aos 40 anos), ao passo que os óbitos dela decorrentes são a primeira causa de mortalidade para indivíduos entre 25 e 59 anos (BRASIL, 2008).

De acordo com Souza (2005), em estudo com abrangência de 1991 a 2002, a taxa média de mortalidade masculina por *Causas externas* foi cinco vezes maior que a taxa média observada para as mulheres. Taxa que se eleva para 6,3 vezes quando analisadas as faixas etárias de 15 a 19 anos, e passa a ser 10,1 vezes maior que a feminina para as faixas de idade entre 20 e 24 anos.

Em relação ao impacto de cada grupo de CID-10 sobre o total de despesas com auxílio-doença, ganha destaque o grupo de *Lesões, envenenamento e outras consequências de causas externas*. De 2009 a 2012 essa rubrica foi a maior responsável pelos gastos registrados tanto para o meio urbano quanto para o meio rural, representando mais de 20% do total de despesas com todos os grupos de CID-10 em todos os anos considerados (Gráfico 30).

Gráfico 30- Variação das despesas de auxílio-doença urbano e rural com a rubrica de lesões entre 2008 e 2012



Fonte: Elaboração própria, a partir dos dados do AEPS-Infologo

Entre os anos considerados no estudo do grupo de *Lesões*, ressalta-se ainda a existência de aumentos distintos entre as duas clientelas. Enquanto a evolução das despesas entre 2008 e 2012 com a rubrica em questão subiu menos de 10% na área

rural, variando de R\$ 29,3 milhões para R\$ 32,2 milhões, em meio urbano essa elevação chegou a mais de 42%, saltando de R\$ 348,1 milhões em 2008 para cerca de R\$ 495,6 em 2012 (Gráfico 30).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivocaracterizar o perfil das despesas com benefício de auxílio-doença previdenciário concedidos pelo RGPS brasileiro a beneficiários de clientela urbana e rural, segregando a análise por grandes regiões, unidades federativas, sexo, faixas de idade e grupos de CID-10, variáveis consideradas em períodos distintos de acordo com os registros fornecidos.

Em relação às distribuição geográfica e temporal das despesas com auxílio-doença, constatou-se em 2002 um crescimento anormal em relação aos aumentos verificados nos anos anteriores. Nesse ano, as despesas do RGPS com auxílio-doença concedido passaram por um aumento generalizado entre as cinco grandes regiões em mais de 50% dos valores registrados em 2001.

Com o crescimento contínuo de despesas desde 1997, tanto para clientela urbana quanto para a rural, os valores com auxílio-doença concedido atingiram seu ápice em 2006, ano em que esse benefício consumiu 61,91% de todas as despesas com benefícios urbanos concedidos pelo RGPS. Após esse período, houve redução no volume de gastos, mas as despesas voltaram a crescente em 2008 para a clientela rural e em 2010 para a cliente urbana.

Quanto aos valores *per capita* constatados nas cinco regiões, verificou-se que os benefícios de clientela urbana mantiveram-se superiores ao salário mínimo em todo o período de análise, 1997 a 2012, e em todas as regiões. Ao passo que os benefícios *per capita* verificados para clientela rural, tenderam a acompanhar o valor do salário mínimo.

Ao distribuir as concessões de auxílio-doença e o conjunto de despesas entre os sexos (masculino e feminino), verificou-se maior concentração de despesas entre os beneficiários de sexo masculino, sendo o valor *per capita* com o benefício também maior. No entanto, o crescimento da participação feminina sobre o total de despesas ao longo de todos os anos, 2003 a 2012, foi superior ao constatado para o público masculino.

Ao analisar as faixas de idade, verificou-se um maior volume de despesas entre 40 e 49 anos, para ambos os sexos. No entanto, constatou-se no período de 2003 a 2011 uma maior elevação de despesas para a faixa de até 19 anos de idade, para ambos os sexos, sendo que cerca de 70% das despesas foram do sexo masculino. Outra constatação, é que ao analisar o conjunto de despesas do RGPS, o sexo masculino tende a gerar despesas de auxílio-doença nos grupos de idade mais jovens, enquanto os beneficiários do sexo feminino nos grupos de idades mais velhos.

No que se refere aos grupos de CID-10, mais de 50% das despesas verificadas para o público masculino entre 2008 e 2012, quer seja de clientela urbana, quer seja de clientela rural, ficaram concentradas nos grupos de (i) *Lesões, envenenamento e algumas outras consequências de causas externas*, e (ii) *Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo*. Em relação às categorias diagnósticas que mais geraram concessão de auxílio-doença em 2012 para o sexo masculino encontram-se a *Fratura da perna, incluindo tornozelo*, para aqueles de clientela urbana, e a *Hérnia Inguinal*, para beneficiários de clientela rural.

Em relação ao público feminino, os grupos de CID-10 com maior volume de recursos alocados entre 2008 e 2012 foram para *Doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo*, para a clientela urbana, e *Doenças do aparelho geniturinário*, para beneficiárias de clientela rural. Quanto às causas clínicas específicas relacionadas à concessão de auxílio-doença, a que mais consumiu recursos, tanto para clientela urbana como para clientela rural, foi a de *Leiomioma do Útero*.

Cabe destacar um aumento explosivo constatado na rubrica de *Causas externas de morbidade e de mortalidade*. De 2008 a 2012, os valores registrados para essa rubrica no sexo feminino da clientela urbana elevaram-se cerca de 490 vezes, ao passo que os valores constatados para o público masculino de igual clientela aumentou suas despesas em mais de 62.000% no mesmo período.

Apesar de centrais na determinação do auxílio-doença, conforme a discussão até aqui tomada, definições como o de funcionalidade, incapacidade ou aqueles ligados ao estado de saúde, giram em torno de subjetivismos que podem dificultar a correta tomada de decisão sobre concessões de benefícios, sendo portanto fundamental a elaboração de conceitos que tornem mais justas e claras as avaliações (DI NUBILA, 2007).

Para a Organização Mundial da Saúde – OMS, os estados de saúde são classificados na CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª revisão), a qual fornece descrições sobre itens

como doenças, distúrbios ou lesões. Mas em 2001, após decidir pela insuficiência descritiva da CID-10, cuja primeira versão data de 1893, é proposta a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF (MARTINS et al., 2010), uma possível alternativa ao atual uso da CID-10 pelos médicos peritos do INSS.

Estruturada em torno do *modelobiospsicossocial*, a CIF abrange as dimensões biológica, psicológica ou social (DI NUBILA, 2010). Para MARTINS et al. (2010), se utilizada em complemento à CID-10, a CIF pode ampliar as referências vinculadas à saúde e complementar a descrição feita pelos códigos isolados da CID. Tal medida, ao aprimorar os sistemas de informação em saúde e dar maior racionalidade ao processo decisório, podem contribuir com as questões de coerência e relevância para uma melhor concessão de benefícios (DI NUBILA, 2007), melhorando consequentemente o gerenciamento das despesas previdenciárias.

Por fim, ressalta-se a necessidade de correlação entre as causas de morbidade que ensejam a concessão do benefício de auxílio-doença e as respectivas faixas etárias dos beneficiários, tarefa aqui não realizada devido a limitações impostas pela base de dados.

REFERÊNCIAS

ALVES, José Eustáquio Diniz e CAVENAGHI, Suzana. **Tendências demográficas, dos domicílios e das famílias no Brasil**. Aparte Inclusão Social em Debate, 2012. Disponível em <http://www.ie.ufrj.br/aparte/>. Acesso em 15 de março de 2014.

BOSCH, Mariano, MELGUIZO, Ángel, PAGÉS, Carmen. **Melhores aposentadorias, melhores trabalhos: em direção à cobertura universal na América Latina e no Caribe**. Banco Interamericano de Desenvolvimento, 2013.

BRASIL. Congresso Nacional. Câmara dos Deputados. Projeto de Lei nº. 2.700/2007, da Câmara. Brasília, DF. Disponível em http://www.camara.gov.br/sileg/Prop_Detalhe.asp?id=426336&st=1. Acesso em 15 de maio de 2014.

_____. Congresso Nacional. Senado Federal. Projeto de Lei nº. 411/2012, do Senado. Brasília, DF. Disponível em http://www.senado.gov.br/atividade/materia/detalhes.asp?p_cod_mate=114643. Acesso em 30 de abril de 2014.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988**. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de edições técnicas, 2005.

_____. **Decreto n. 3.048, de 6 de maio de 1999**. Aprova o regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. Brasília, 1999. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3048compilado.htm. Acesso em 30 de abril de 2014.

_____. **Decreto n. 5.452, de 1º de maio de 1943**. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Brasília, 2006. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm. Acesso em 30 de abril de 2014.

_____. **Decreto n. 5.844, de 13 de julho de 2006**. Acresce parágrafos ao art. 78 do Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999. Brasília, 2006. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Decreto/D5844.htm. Acesso em 30 de abril de 2014.

_____. **Emenda Constitucional 20, de 15 de dezembro de 1998**. Modifica o sistema de previdência social, estabelece normas de transição e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 16 de dezembro de 1998, Seção 1.

_____. **Emenda Constitucional 41, de 19 de dezembro de 2003**. Modifica os arts. 37, 40, 42, 48, 96, 149 e 201 da Constituição Federal, revoga o inciso IV do § 3º do art. 142 da Constituição Federal e dispositivos da Emenda Constitucional 20, de 15 de dezembro de 1998, e dá outras providências.

_____. **Lei 8.213, de 1991.** Dispõe sobre os planos de benefícios da previdência social e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, em 25 de julho de 1991, Seção 1.

_____. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).** Censo demográfico 2010. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em <http://www.censo2010.ibge.gov.br>. Acesso em 18 de abril de 2014.

_____. **Instrução Normativa INSS/PRES nº 31, de 10 de setembro de 2008.** Dispõe sobre procedimentos e rotinas referentes ao Nexo Técnico Previdenciário, e dá outras providências. Disponível em <http://www010.dataprev.gov.br/sislex/paginas/38/INSS-PRES/2008/31.htm>. Acesso em 15 de fevereiro de 2014.

_____. **Instrução Normativa INSS/PRES nº 45, de 10 de setembro de 2008.** Dispõe sobre a administração de informações dos segurados, o reconhecimento, a manutenção e a revisão de direitos dos beneficiários da Previdência Social e disciplina o processo administrativo previdenciário no âmbito do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS. Disponível em http://www3.dataprev.gov.br/sislex/paginas/38/inss-pres/2010/45_1.htm. Acesso em 15 de fevereiro de 2014.

_____. Presidência da República. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: Relatório Nacional de Acompanhamento.** Brasília, IPEA, 2014.

_____. **RASEAM: Relatório Anual Socioeconômico da Mulher.** Brasília: Secretaria de Políticas para as Mulheres, Novembro, 2013.

CAETANO, M. A. **Previdência Social e distribuição regional da renda.** Brasília: IPEA, Texto para discussão nº 1318, 2008.

CORSEUIL, Carlos Henrique. A Rotatividade dos Jovens no Mercado de Trabalho Formal Brasileiro. IPEA, ago. 2013.

DECLARAÇÃO UNIVERSAL DE DIREITOS HUMANOS, 1948. Disponível em http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/legis_intern/ddh_bib_inter_universal.htm. Acesso em 30 de março de 2014.

DI NUBILA, Heloisa B. V. **Uma Introdução à CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.** *Rev. bras. Saúde ocup.*, São Paulo, 35(121): 122-123, 2010.

_____. **Aplicação das Classificações CID-10 e CIF nas Definições de Deficiência e Incapacidade.** São Paulo: USP, 2007. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2007.

FISHLOW, Albert. **O Novo Brasil: as conquistas políticas, econômicas, sociais e nas relações internacionais.** 1ª ed. São Paulo: Saint Paul, 2011.

GIAMBIAGI, Fábio. *Reforma da Previdência: o encontro marcado*. Rio de Janeiro: Campus, 2007.

_____, ZYLBERSTAJN, H, AFONSO, LE, SOUZA, AP, ZYLBERSTAJN E. **Impacto das reformas paramétricas na previdência social brasileira: simulações alternativas**. *PesqPlan Econ*. 2007, 37(2): 175-220.

GUIMARÃES, L. J. R. **Evolução recente da concessão de auxílio-doença pelo INSS**. *Informe de Previdência Social*, Brasília, v. 23. n. 6, p. 1-32, jun. 2011.

IBRAHIM, Fábio Zambitte. **Curso de Direito Previdenciário**. 15 ed. Rio de Janeiro, Impetus, 2010.

LIMA, Diana Vaz de. **A Dinâmica Demográfica e a Sustentabilidade do Modelo de Financiamento do Regime Geral de Previdência Social**. Brasília: UnB, 2013. Tese (Doutorado em Ciências Contábeis) – Programa Multiinstitucional e Inter-Regional de Pós-Graduação em Ciências Contábeis (UnB/UFPB/UFRN). Brasília, 2013.

MARTINS, Sérgio Pinto. **Direito da Seguridade Social**. 28 ed. São Paulo, Atlas, 2009.

MARTINS, SILVA, FRACON et al. **Experiência no Uso Combinado das Classificações Internacionais para Descrever Informações em Saúde**. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*, ano 8, nº 26, out. – nov. 2010.

MASCARENHAS, M.D.M.; MONTEIRO, R. A. ; Sá, NaízaNayla Bandeira de ; GONZAGA, LAA ; NEVES, ACM ; SILVA, M.M.A. ; MALTA, D.C. . Epidemiologia das causas externas no Brasil: morbidade por acidentes e violências. *Saúde Brasil 2010: Uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2010: Uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2011, v. , p. 203-224.

MASCARENHAS, M. D. M.; MONTEIRO, R.A, Sá NNB, Gonzaga LAA, Neves ACM, Roza DL, MMA Silva, EC Duarte, DC Malta. Epidemiologia das causas externas no Brasil: mortalidade por acidentes e violências no período de 2000 a 2009. In: Mascarenhas MDM, Monteiro RA, Sá NNB, Gonzaga LAA, Neves ACM, Roza DL, MMA Silva, EC Duarte, DC Malta. *Saúde Brasil 2010*. Brasília: Editora Ministério da Saúde; 2011. p. 225-249.

MPS Ministério da Previdência Social. **Anuário Estatístico do Ministério da Previdência Social**. Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social – Brasília: MPS/DATAPREV, 2012b, v. 20, p. 1-888.

_____. **Comportamento Recente da Concessão e Emissão de Auxílios-Doença: mudanças estruturais?**. Brasília: MPS/SPS. *Informe de Previdência Social*, vol. 20, nº 11, 2008.

OIT Organização Internacional do Trabalho. **Global EmploymentTrends 2014: theriskof a joblessrecovery**. *InternationLabourOrganization* – Suíça: ILO, 2014.

OMS Organização Mundial da Saúde. **Health for the World's Adolescents: a second chance in the second decade.** World Health Organization – Suíça: WHO/FWC/MCA, 2014.

SCHEFFER, M.; BIANCARELLI, A.; CASSENOTE, A. **Demografia Médica no Brasil: cenários e indicadores de distribuição.** Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo e Conselho Federal de Medicina. São Paulo, v. 2, fev. 2013.

SOUZA, E. R. Masculinidade e Violência no Brasil: contribuição para reflexão no campo da saúde. *Ciências e Saúde Coletiva*, v. 10, n. 1, p. 59-70, 2005.

TEIXEIRA, Edriene Barros. **Nexo técnico epidemiológico e benefícios previdenciários por acidentes de Trabalho...** Salvador: E. Barros Teixeira, 2011.

SITES CONSULTADOS

<http://www3.dataprev.gov.br/infologo>

<http://www3.dataprev.gov.br/sislex/>

<http://www.dieese.org.br/>

<http://www.ipeadata.gov.br/>

<http://www.ibge.gov.br>

<http://www.mps.gov.br>